

## EGENREMISS

för specialistvård av utmattningssyndrom på uppdrag av Stockholms läns landsting

Din läkare kan skriva remiss till oss (se information på [stressmottagningen.se](http://stressmottagningen.se)), eller så kan du själv skriva remissen. Fyll i blanketten, skriv under och skicka med vanlig post till oss på postadress: **Stressmottagningen, S:t Göransgatan 84, 112 38 Stockholm.**

Det är viktigt att du har blivit ordentligt utredd av läkare innan du kommer till oss – en medicinsk utredning där en läkare undersökt dig och gått genom svar på labbprov (=blodprov) samt uteslutit andra förklaringar till dina symtom. Därför frågar vi en del om detta.

Dagens datum:
Förnamn och efternamn:
Personnummer (ååmmdd-xxxx):
Telefon/mobil:
Adress:
Har du behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket språk:
Vad söker du rehabilitering för? <input type="checkbox"/> Utmattningssyndrom <input type="checkbox"/> Långvarig smärta <input type="checkbox"/> Kombination av båda
Arbetar eller studerar du? Hel- eller deltid?
Är du sjukskriven? Hur mycket och sedan när?

### Om din nuvarande hälsa

Har du blivit undersökt av läkare för denna ohälsa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat vilka utredningar som gjorts, resultaten från dem samt vilka diagnoser läkaren har satt:
Tycker du själv att dina besvär är färdigutredda?
Vilka läkemedel tar du?
Vilket av följande känner du igen dig i? (kryssa för alla som stämmer in) <input type="checkbox"/> fysisk trötthet <input type="checkbox"/> svårt att hantera krav och tidspress <input type="checkbox"/> nedstämdhet <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> mental trötthet <input type="checkbox"/> svårt att hålla en röd tråd <input type="checkbox"/> oro <input type="checkbox"/> ångest <input type="checkbox"/> panikattacker <input type="checkbox"/> koncentrationssvårigheter <input type="checkbox"/> värk <input type="checkbox"/> yrsel <input type="checkbox"/> ljudkänslig <input type="checkbox"/> PTSD (traumarelaterad ångest) <input type="checkbox"/> nedsatt minne <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Autism
Vilket eller vilka av dina symtom upplever du är det som påverkar dig mest? 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
Beskriv kortfattat vad du tror lett fram till din ohälsa och hur problemen utvecklades:

Beskriv kortfattat hur ditt mående påverkar din vardag:
Hur mådde du innan?
Har du fått någon behandling/insats för ditt nuvarande mående innan du nu söker till oss? (psykoterapi, samtalsstöd, fysioterapi/sjukgymnastik, rehabkoordinator, arbetsterapi etc.) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat:
Har du deltagit i multimodal rehabilitering för utmattning eller smärta tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat för vad, när och hur:
Har du mått såhär tidigare i livet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat:
Har du haft kontakt med fysioterapeut/sjukgymnast tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat för vad, när och hur:
Har du haft/fått psykoterapi eller samtalsstöd för annan psykisk ohälsa tidigare i livet (t.ex. av kurator eller psykolog)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv kortfattat:
Finns det något annat du tror kan vara bra för oss att veta om dig eller din hälsa?

- Jag bifogar labbsvar daterade \_\_\_\_\_. Vi behöver aktuella provsvar på SR, blodstatus, TSH, T4, B12, S-Na, S-K, S-Kr, S-Ca, S-ALAT, S-GT, S-Glukos, borreliaserologi samt riktade prover vid behov. Du kan få ut kopia på labprov som tagits på dig från din VC, eller så har du tillgång till din journal själv via 1177.se.
- Bifogar du något annat så skriv det här: \_\_\_\_\_

Ort, datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

**Vi hör vanligen av oss inom två veckor med ett remissvar.**