

**EGENREMISS**

för specialistvård av utmattningssyndrom på uppdrag av Region Stockholm

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. 2. 3.
Beskriv kortfattat vad du tror lett fram till din ohälsa och hur problemen utvecklades:
Samtycker du till att vi tar del av dina ospärrade journaluppgifter (sätt kryss)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Ort, datum

Underskrift