Hälsoskattning för rehabilitering i SVF-förlopp

Datum:……………………Namn:……………………………………………………………………………………

Personnummer:………………………..Diagnos:..……………………………………………………………………

Har din sjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Inget | Litet | Besvärande | Mycket | Kommentar |
| problem | problem | problem | besvärande |  |
|  |  |  | problem |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Trötthet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sömn | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Smärta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Andning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Minne/koncentration | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nedstämdhet/ depression | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Oro/ångest | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Äta/dricka | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Illamående | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Stickningar i händer/ fötter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Avföring | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Urin | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Vänd – flera frågor på nästa sida

Har din sjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Inget | Litet | Besvärande | Mycket | Kommentar |
| problem | problem | problem | besvärande |  |
|  |  |  | problem |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Utseende | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fysisk aktivitet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sexualitet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Familj/relationer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Existentiella funderingar ¹ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ekonomi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Arbete/sysselsättning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

¹ Existentiella funderingar: Funderingar om livet och döden

Andra problem eller frågor kan du skriva om här:

Andra problem eller frågor kan du skriva om här: