

Personnummer

Namn

Adress

Telefonnummer

E-postadress

Samtycke till att vi får kontakta dig via sms Ja Nej

Samtycke till att vi får kontakta dig via e-post Ja Nej

Tolkbehov Nej Ja Språk.....

Husläkare/vårdcentral

Sjukdomar (Diagnoser)

Skador

Aktuella läkemedel

Tidigare behandlings- och/eller rehabiliteringsinsatser och resultatet av dessa

Nuvarande symptom

Är du sjukskriven?

Ja Sjukskrivningsgrad 25 % 50 % 75 % 100 %

Nej

Sysselsättning

Dina förväntningar (Din förhoppning om vad du ska få hjälp med hos oss)

Jag lämnar mitt medgivande till sammanhållen journalföring. Mitt medgivande gäller för Cario S:t Görans sjukhus så länge jag har ett pågående eller planerat vårdåtagande som är sammanhängande.

Ja Nej

.....

Datum

.....

Underskrift

Skickas till: Smärt- och utmattningsrehab, Cario S:t Görans sjukhus, Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm