



## Rehabiliteringsmedicinska smärtmottagningen USÖ

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
<b>"Egen vårdbegäran" för personer med smärta mer än 3 månader</b> - Smärtmottagningens uppdrag är att bedöma och utreda smärta samt föreslå lämpliga behandlingar som avser att leda till förbättrad livskvalitet och funktion.		
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Beskriv kortfatta din smärtas inverkan på ditt liv avseende: - hur du klarar vardagliga göromål - relationer - arbete/sysselsättning		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Är du medicinskt utredd så att din smärta inte beror på andra orsaker eller tillstånd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Vad önskar du få hjälp med från smärtrehab?		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

**Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare****Blanketten skickas till:**Rehabiliteringsmedicinska smärtmottagningen  
Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro