

## Egen vårdbegäran

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer:

Postadress:

Telefonnummer:

Målsman 1 (namn och telefonnummer):

Målsman 2 (namn och telefonnummer):

### **OBS! Alla frågor obligatoriska!**

Vad vill du att barn- och ungdomsmottagning smärta ska hjälpa dig med?

---

---

---

---

Var har du ont? Beskriv din smärta.

---

---

---

---

Hur länge har du besvärats av din smärta?

---

---

---



Har du tidigare sökt sjukvården för dina smärtproblem?

Ja       Nej

Om ja – var sökte du?

---

Vilken var deras bedömning?

---

---

Planeras det några fler utredningar eller undersökningar?

---

---

---

Har du någon pågående kontakt i sjukvården för din smärta?

Ja       Nej

Om ja: Var (mottagning och eventuellt namn):

---

Tar du någon medicin för dina besvär, i så fall vilka?

---

---

Hur påverkar smärtan din vardag?

---

---

---

---



Har du någon skolfrånvaro pga din smärta?  Nej

Ja (hur mycket?) cirka \_\_\_\_\_%

Har du några andra sjukdomar som du tycker vi bör känna till?

---

---

---

---

Denna vårdbegäran har fyllts i av:

- Ungdomen
- Ungdomen tillsammans med förälder
- Förälder

Jag godkänner att barn-och ungdomsmottagning smärta vid behov får läsa mina journaluppgifter i Nationella patientöversikten för att kunna bedöma min vårdbegäran.

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

**Remissen skickas till:**

***Skånes universitetssjukhus  
Barn- och ungdomsmottagning smärta  
Lasarettsgatan 40A  
221 85 Lund***