

Namn: _____ **Personnummer:** _____ **Datum:** _____

KARTLÄGGNING

Hälso- och sjukdomshistoria

1. Har du andra sjukdomar/diagnoser än MS? (ange eventuella övriga diagnoser samt om du kontrolleras på andra vårdenheter)

2. Röker du? Nej / Ja, ange hur mycket: _____

3. Snusar du? Nej / Ja, ange hur mycket: _____

4. Hur mycket alkohol dricker du under en genomsnittlig vecka? (ange standardglas/vecka: (ett standardglas är ett glas (15 cl) vin, en flaska (33 cl) starköl (5 %) eller 4 cl starksprit)

5. Använder du naturläkemedel eller andra substanser?

6. Har du tagit droger någon gång senaste halvåret?

7. Äter du någon speciell diet?

8. Ange Längd: _____ Vikt: _____

Har du gått upp eller ner i vikt mer än 10% av din kroppsvikt senaste året?

9. Civilstånd (Partner / ensamstående)

10. Övrigt socialt nätverk som hjälper dig i vardagen: (syskon, föräldrar, vuxna, barn)

11. Har du minderåriga barn?

Nej / Ja, ange kön och födelseår på ditt/dina barn

Vet barn/en att du har MS? ? Nej / Ja

Har barnen uttryckt tankar, funderingar och/eller oro kring din MS-sjukdom?

12. Beskriv din arbetssituation:

Jag arbetar (kryssa i alternativ):

heltid

deltid, ange anta procent du arbetar: ___ %

jag arbetar inte, ange form av ersättning (sjukersättning, aktivitetsersättning, pension)

Yrke: _____

Beskriv din arbetssituation:

13. Beskriv ditt boende: (kryssa/ringa in ditt svar):

Villa

Lägenhet Hiss finns: Ja / Nej

Antal trappsteg i ditt hem: _____

Har din bostad bostadanpassats?(ringa in ditt svar): Ja / Nej

Övriga upplysningar:

14. Vilka färdmedel använder du? (kryssa/ringa in ditt svar)

Bil: Jag har körkort/kör egen bil / Min partner/barn kör bil och skjutsar mig

Jag har parkeringstillstånd för handikapparkering

Jag åker kommunalt

Jag har färdtjänst: Taxi / Rullstolstaxi

Övriga upplysningar:

15. Använder du hjälpmedel? (ange vilka)

Ja / Nej

16. Har du hjälpinsatser från kommunen? (ange vilka)

Ja / Nej

Hemtjänst, ange antal timmar/ vecka: _____

Vad utför hemtjänsten för insatser?

Personlig assistans, ange antal timmar per dygn: _____

Dubbelassistans, ange antal timmar du har dubbelassistans

Natlig assistans

Vad utför assistenter för insatser?

Annan hjälpinsats? (Beskriv nedan)

17. Har du hjälpinsatser från primärvård/andra vårdgivare? ((ange vilka personalkategorier du har kontakt med exempelvis arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast/fysioterapeut)

Ja / Nej

Neuroteam Primärvårds-rehab Annan

18. Har du hjälpinsatser från Socialtjänst och/eller LSS? /andra vårdgivare? (ange vilka)

Ja / Nej

19. Har du tidigare gått på rehabilitering?

Ja / Nej Om ja, ange när: _____

Var gick du på rehabilitering? _____

- Dagrehabilitering, exempelvis några dagar/vecka.
 Intensivrehabilitering, varje vardag i flera veckor, eventuellt att du sovit på enheten

20. Jag samtycker till att vårdpersonalen på Centrum för neurologi får ta del av information hos andra vårdgivare:

Nej / Ja

21. Övriga upplysningar: