

# Frågeformulär

Det här formuläret avser Din situation vid inskrivning och utskrivning

Vi följer upp vården för att vara säkra på att du får en vård med hög kvalitet. För att kunna göra det på bästa sätt följer vi på gruppnivå upp behandlingsresultaten. Inga personuppgifter finns då med och all redovisning presenteras på gruppnivå.

När din behandling avslutats skickas remissvar till den läkare som remitterat dig till denna rehabilitering.

**Formuläret behandlas med sträng sekretess**

Datum för ifyllnad: .....

Ange vilket tillfälle formuläret gäller:

Inskrivning

Utskrivning

## Patientinformation

Personnummer .....

### b134 Sömnfunktioner

**Grad av funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning (ange i procent)**

- 1 Ingen (0-4)
- 2 Lätt (5-24)
- 3 Måttlig (25-49)
- 4 Svår (50-95)
- 5 Total (96-100)

**Jag bedömer att förmågan sannolikt kommer att**

- 1 förbättras
- 2 vara stadigvarande
- 3 försämras
- 4 det går inte att bedöma

### b164 Högre kognitiva funktioner

**Grad av funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning (ange i procent)**

- 1 Ingen (0-4)
- 2 Lätt (5-24)
- 3 Måttlig (25-49)
- 4 Svår (50-95)
- 5 Total (96-100)

**Jag bedömer att förmågan sannolikt kommer att**

- 1 förbättras
- 2 vara stadigvarande
- 3 försämras
- 4 det går inte att bedöma

## **d240 Att hantera stress och andra psykologiska krav**

### **Grad av funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning (ange i procent)**

- 1 Ingen (0-4)
- 2 Lätt (5-24)
- 3 Måttlig (25-49)
- 4 Svår (50-95)
- 5 Total (96-100)

### **Jag bedömer att förmågan sannolikt kommer att**

- 1 förbättras
  - 2 vara stadigvarande
  - 3 försämras
  - 4 det går inte att bedöma
- 

### **Har kontakt tagits med arbetsgivare?**

- Ja
- Nej

**Om Ja, ange datum för kontakt .....**

### **Har du ställt frågan om patienten har blivit utsatt för hot eller våld eller om patienten utsatt någon annan person för hot eller våld?**

- Ja
- Nej

**Tack för hjälpen**