**Välkommen till Neurorehabteamet!**

Inför besöket önskar vi att Du fyller i blanketten, gärna tillsammans med en närstående. Informationen Du ger blir ett underlag för Ditt samtal med Neurorehabteamet.

**Det här vill jag samtala om, detta känns viktigast för mig:**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**Socialt:**  Sammanboende Ensamboende Minderåriga barn

**Bostad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sysselsättning:** Arbetar\_\_\_\_\_\_\_% Sjukskriven\_\_\_\_\_% Annat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**Upplever du besvär med:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Kommentar |
| Balans |  |  |  |
| Gång |  |  |  |
| Muskelkraft |  |  |  |
| Känsel |  |  |  |
| Syn |  |  |  |
| Tal |  |  |  |
| Minne |  |  |  |
| Aptit |  |  |  |
| Sväljning |  |  |  |
| Vikt |  |  |  |
| Sexualliv |  |  |  |
| Sömn |  |  |  |

**Var god vänd!**

**Upplever Du:** *(markera i vilken grad med ett ”X” på linjen)*

|  |  |
| --- | --- |
| Trötthet Ingen Värsta tänkbara ------------------------------------------------------------------------Nedstämdhet Ingen Värsta tänkbara ------------------------------------------------------------------------Oro Ingen Värsta tänkbara ------------------------------------------------------------------------Stress Ingen Värsta tänkbara ------------------------------------------------------------------------Smärta Ingen Värsta tänkbara ------------------------------------------------------------------------ |  |

**Aktiviteter:**

Är det något som du brukar göra dagligen som har blivit svårare, tar längre tid
eller på annat sätt förändrats?

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Är det något du vill förändra/kunna göra?

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hur ofta dricker du alkohol?**

 Aldrig

 1 gång per månad eller mer sällan

 2-4 gånger per månad

 2-3 gånger per vecka

 4 gånger per vecka eller mer

**Röker:** Ja Nej **Snusar:** Ja Nej

**Längd:** \_\_\_\_\_\_\_\_cm **Vikt:** \_\_\_\_\_\_\_\_kg

**Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt:**

a) Fysisk träning som gör dig andfådd b) Vardagsmotion (promenader, cykel, trädgård),

(löpning, bollsport, motionsgymnastik)? minst 10 min/gång?

 0 minuter/ingen tid 0 minuter/ingen tid

 Mindre än 30 minuter Mindre än 30 minuter

 30-60 minuter 30-60 minuter

 60-90 minuter 60-90 minuter

 90-120 minuter 90-150 minuter

 Mer än 120 minuter 150-300 minuter Mer än 300 minuter

Har din närstående behov av någon form av personligt stöd/avlösning eller andra insatser? Ja Nej