



HÄLSOSAMTAL

Namn.....

Datum.....

Svara på nedanstående frågor och ta med dig frågeformuläret till besöket! Ta hjälp av någon om du vill exempelvis anhörig eller hemtjänst.

Bor du ensam?

Ja

Nej

Om ja, hur ofta har du kontakt med någon annan än ev. hemtjänsten?

.....gångar i veckan.

Är det något i din vardag (dagliga livsföring) som du har svårt att utföra?

Ja

Nej

Om ja, kan du få hjälp av någon annan att utföra detta eller önskar du hjälp?

Kommentar:

.....

Vad är viktigast för dig för att kunna bo kvar i din nuvarande bostad?

Kommentar:

.....

Hur fungerar det att hålla ordning på dina läkemedel?

Bra

Ganska bra

Dåligt

Mycket dåligt

Har du hjälp med dina läkemedel?

Ja

Nej

Vet du vad du äter för läkemedel och varför?

Ja

Nej

Hur många läkemedel äter du? st.

När var du hos en läkare senast och gick igenom dina läkemedel?

Kommentar.....

.....

Använder du tobak?

Nej

Jag snusar

Jag röker

Jag både röker o snusar

Hur många standardglas alkohol dricker du en vanlig vecka?

Dricker mindre än 1 standardglas per vecka eller inte alls

1-4 standardglas per vecka

5-9 standardglas per vecka

10-14 standardglas per vecka

15 eller fler standardglas per vecka

Standardglas

1 standardglas = 12 g alkohol och motsvarar något av följande:



Lättöl
2x33 cl



Folköl
50 cl



Starköl
33 cl



Vin
15 cl



Starkvin
8 cl



Sprit
4 cl

Hur ofta dricker du som kvinna 4 standardglas och du som man 5 standardglas eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång per månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan dagligen



Skriv ner vad du äter och dricker under ett vanlig dygn både mat och fika. Ange även vilket klockslag du äter och dricker.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Har du ofrivilligt minskat i vikt de sista 6 månaderna?

- Ja Nej

Har du problem med mun eller tandhälsan?

- Ja Nej



Kan du promenera 100 meter med eller utan rollator?

 Ja Nej

Hur många gånger promenerar du per vecka och hur länge?

Kommentar.....
.....

Har du fallit det senaste året?

 Ja Nej

Är du rädd för att falla?

 Ja Nej

Upplever du yrsel vid hastig uppresning?

 Ja Nej

Upplever du problem med syn eller hörsel?

 Ja Nej

Om Ja, vilket

Har du några problem med urin eller avföring?

Ja

Nej

Om Ja, vilket

Använder du något inkontinensskydd (blöjor)?

Ja

Nej

Sover du gott på natten?

Ja

Nej

Upplever du meningsfullhet i vardagen?

Ja

Nej

Om nej, vad skulle behövas för att din vardag skulle bli meningsfull?

Kommentar.....

.....

.....

Upplever du att du känner dig orolig eller nedstämd?

Ja

Nej

Om ja, vad tror du det kan bero på?

Kommentar.....

.....

Här kan du skriva upp frågor eller annat som du vill prata med sjuksköterskan om vid besöket:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STORT TACK FÖR DU TAGIT DIG TID ATT FYLLA I FRÅGEFORMULÄRET!

Vid besöket kontrollerar vi:

Blodtryck sittande..... Stående.....

Längd..... Vikt.....

Välkommen på hälsosamtal:

Till

Datum..... **Tid**.....

Om du har frågor eller vill ändra tid ring telefonnummer.....

Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård i Kalmar län

