

Frågeformulär inför besök på diabetesfotteam

Namn: _____

Personnummer: _____

För att göra besöket hos Specialistfotmottagningen så bra och effektivt för dig som möjligt så vore vi tacksamma om du besvarar följande frågor:

1. Hur uppstod såret? _____
2. Hur länge har du haft såret? _____
3. Har du smärtor från såret? _____ Om ja, hur mycket smärta har du i fötterna på en skala från 0 (ingen smärta) till 10 (extrem smärta)? _____
4. Har du känselnedsättning i fötterna? _____
5. Har du nyligen tagit antibiotika/tar antibiotika pga såret? I så fall vilken sort? _____

6. Vilket år fick du diagnosen diabetes? _____
7. Vilken typ av diabetes har du? _____
8. Har du några andra diagnoser? _____
Om ja, vilka? _____

9. Röker du? _____ Snusar du? _____
Om du rökt tidigare, vilket år slutade du? _____
10. Går du självständigt utan gånghjälpmedel? _____
Om nej, använder du rollator? _____ krycka/käpp? _____ rullstol? _____
11. Vad har du för förväntningar/mål med besöket? _____

12. Vilken vårdcentral är du listad på? _____
13. Kontaktperson på vårdcentralen? _____
14. Har du någon hemsjukvård? _____ Om ja, kontaktperson _____
Telnr _____