**Patient utökat ansökningsformulär**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Förnamn, efternamn |  |
| 2. | Födelsedatum |  |
| 3. | Adress |  |
| 4. | Land |  |
| 5. | Telefonnummer |  |
| 6. | e-post |  |
| 7. | Aktuell diagnos |  |
| 8. | Sjukdomens varaktighet |  |
| 9. | Storleken, platsen och spridningen av den aktuella tumören |  |
| 10. | Andra betydande komorbiditeter |  |
| 11. | Medicinintolerans |  |
| 12. | Terapi mottagen under det senaste året/månaderna |  |
| 13. | Regelbundet använda mediciner |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14. | Vilka kosttillskott tar du för närvarande? |  |
| 15. | Finns det någon speciell diet som rekommenderas för dig och vilken mat undviker du? |  |
| 16. | Arbetar du för närvarande? |  |
| 17. | Ditt yrke |  |
| 18. | Har du sjukskrivning just nu? |  |
| 19. | Hur långt kan du gå utan hjälp (m/km)? |  |
| 20. | Kan du ta hand om dig själv? |  |
| 21. | Kan du gå i trappor? |  |
| 22. | Är du andfådd när du går? |  |
| 23. | Behöver du hjälp med att gå på en horisontell yta? |  |
| 24. | Har du haft vätskeansamling i bukhålan eller lungsäcken? |  |
| 25. | Har du svårt att somna? |  |
| 26. | Äter du sömntabletter? |  |
| 27. | Vilka är de främsta klagomålen för tillfället? Beskriv i detalj! |  |
| 28. | Har blodtransfusioner utförts? |  |
| 29. | Om det har förekommit blodtransfusioner, när och hur ofta utfördes de? |  |
| 30. | Har du problem med förändrad tarmfunktion? (förstoppning eller lös avföring) |  |
| 31. | Har du problem med urinering? |  |
| 32. | Har du ont? |  |
| 33. | Vilka smärtstillande mediciner tar du? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 34. | Är din smärta konstant eller episodisk? |  |
| 35. | Vänligen ange namn och dos på den förskrivna smärtstillande medicinen! |  |
| 36. | Finns det behov av att anpassa smärtstillande medicin? |  |
| 37. | Vad är din längd och vikt? |  |
| 38. | Har du för närvarande ett icke-läkande sår? |  |
| 39. | Vilken typ av terapi skulle du vilja få på vår klinik (infusioner, hypertermi, sjukgymnastik)? |  |
| 40. | Vilken terapi planeras efter behandlingskursen på vår klinik? |  |
| 41. | Varför valde du behandling på vår klinik? |  |
| 42. | Hur hittade du vår klinik? |  |
|  |  |  |
| Tack för att du svarar på våra frågor.  Vi kommer att försöka kontakta dig per telefon så snart som möjligt.  Skicka dina svar till **info@santamonica.lv** | | |