

---

**Namn:**

**Personnummer:**

ÅÅMMDD-XXXX

**Email:**

**Telefon:**

**Diagnos (om den finns):**

**Diagnos (hypotes):**

**Tidigare förslag på diagnos:**

---

## Fakta om min diagnos

---

**Diagnosnamn:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

---

## Mina viktigaste symptom

---

**Diagnosnamn:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

---

## Hur ser det ut idag

### Mina viktigaste Läkemedel idag

Läkemedel namn	Vem skrev ut det	Varför jag tar det
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

### Andra behandlingar idag

Användning/Terapi	Ansvarig kontakt	Hur ofta, hur länge hur följs det upp

### Mitt vårdteam idag

Vårdtitel	Namn och adress	Vad gör vi, varför, hur ofta ses vi

# Min vårdhistoria

## Mina första symptom

Datum	Vad hände?	Vem var jag i kontakt med

## Alla mina undersökningar (kronologiskt)

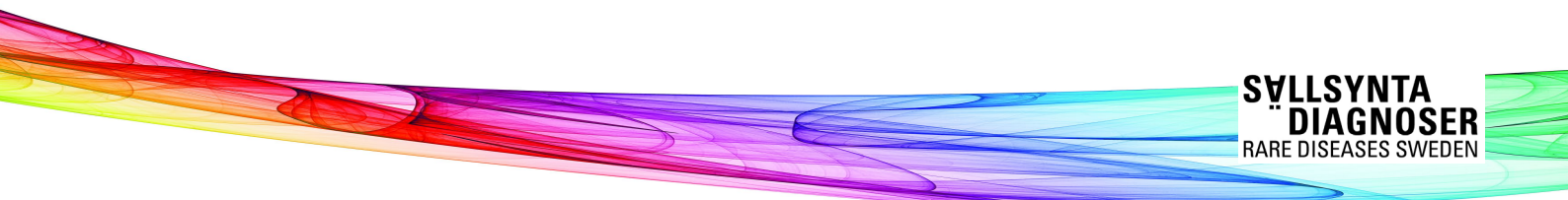
Datum	Vad hände?	Vem var jag i kontakt med

## Alla mina behandlingar (kronologiskt)

Datum	Vad hände?	Vem var jag i kontakt med

## Sammanfattning – de viktigaste fynd

Undersökning/Behandling	Vilket resultat gav det	Hur följs det upp



## Specialister jag har varit i kontakt med

Datum	Namn och adress	Vad var frågan	Vad var resultatet

## Litteratur om min diagnos (diagnosföreningar, vetenskapliga artiklar)

Vad handlar det om	Var hittade jag det