

SOREG-ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Namn, datum	
Basregistrering	<input type="checkbox"/>	1	2-årskontroll	<input type="checkbox"/>	3	10-årskontroll		<input type="checkbox"/>
1-årskontroll	<input type="checkbox"/>	2	5-årskontroll	<input type="checkbox"/>	4	15-årskontroll	<input type="checkbox"/>	6
Op-ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



Patientskattning

A. Dessa två frågor besvaras **före och efter** genomgången överviktsoperation:

1. Besväras du av återkommande buksmärtor under de senaste tre månaderna?

Betydligt besvärad	Måttligt besvärad	Lite besvärad	Inte besvärad alls
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Besväras du av halsbränna och/eller sura uppstötningar?

Betydligt besvärad och/eller tar syrahämmande läkemedel dagligen	Måttligt besvärad	Lite besvärad	Inte besvärad alls
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Följande frågor besvaras **efter** genomgången överviktsoperation:

(Vid 1-, 2-, 5- 10- och 15-årsuppföljning)

3. Är du besvärad av **biverkningar** relaterat till din överviktsoperation?

Betydligt besvärad	Måttligt besvärad	Lite besvärad	Inte besvärad alls
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hur nöjd är du, sammantaget, med **resultatet** efter din överviktsoperationen?

Mycket nöjd	Nöjd	Osäker	Missnöjd
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Hur bedömer du **informationen** du fick **före** operationen?

Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Var god vänd!

6. Hur bedömer du **personalens bemötande** under det senaste året, på den enhet/sjukhus där du har gjort din överviktsoperation?

Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hur bedömer du **personalens bemötande** under det senaste året, inom primärvården?

Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Hur har **ditt förtroende** varit under det senaste året, för den enhet/sjukhus där du behandlats med anledning av din överviktsoperation?

Mycket högt	Högt	Varken högt eller lågt	Lågt	Mycket lågt	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Hur har **ditt förtroende** varit under det senaste året, för primärvården?

Mycket högt	Högt	Varken högt eller lågt	Lågt	Mycket lågt	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Jag upplever att det senaste uppföljningsbesöket på sjukhuset gällande min överviktsoperation **utgick från mina förutsättningar och behov**

Ja, instämmer	Ja, delvis	Varken ja eller nej	Nej, tveksam	Stämmer inte	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Jag upplever att det senaste uppföljningsbesöket i primärvården gällande min överviktsoperation **utgick från mina förutsättningar och behov**

Ja, instämmer	Ja, delvis	Varken ja eller nej	Nej, tveksam	Stämmer inte	Ingen kontakt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Vet du vart du ska vända dig om du behöver **stöd eller hjälp** under det kommande året?

Ja	Nej	Osäker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>