

Ifyllnadsdatum - - (åååå-mm-dd)

Personuppgifter

☐ *Inte standard för svenskt personnummer*

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Födelsedatum *sammas som i personnummer* ☐ Nej ☐ Ja

Kön ☐ Man ☐ Kvinna

Efternamn Förnamn

Adress

Postnr Ort

Telnr E-postadress

Tolkbehov ☐ Nej ☐ Ja Om Ja, ange Språk

Vårduppgifter

Uppföljningsorsak (ange endast ett alternativ)

☐ Ryggmärgsbråck (MMC eller lipoMMC) ☐ Hydrocefalus utan ryggmärgsbråck

☐ Annan ryggmärgsavvikelse än MMC/lipoMMC

Sjukvårdsregion ☐ Norra ☐ Uppsala-Örebro ☐ Stockholm ☐ Västra ☐ Sydöstra ☐ Södra

Landsting

Samordningsansvarig verksamhet för insatser för denna person finns

☐ Nej ☐ Okänt ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Verksamhetsnamn

Adress

Postnr Ort

Verksamhet ☐ Barn- och ungdomshabilitering ☐ Vuxenhabilitering ☐ Sjukhusklinik
☐ Primärvård/vårdcentral ☐ Kommunal verksamhet ☐ Annan

Uppgifter om deltagande/avslut

☐ Personen/legal företrädare har fått muntlig och skriftlig information om kvalitetsregistret

Samtycke till forskning på data i kvalitetsregister MMCUP erhållet från

personen/legal företrädare (ange endast ett alternativ)

☐ Ja, samtycker (själv)

☐ Ja, samtycker (legal företrädare)

☐ Nej, samtycker inte (själv)

☐ Nej, samtycker inte (legal företrädare)

☐ Fått information, ej lämnat besked om forskning

Datum för samtycke/inte samtycke till, resp. info om forskning - - (åååå-mm-dd)

Uppgifter om deltagande/avslut - fortsättning

Nedanstående uppgift ska fyllas i om patientens inte längre vill delta i registret, men accepterar att redan insamlade data får finnas i registret

- ☐ Vill avsluta deltagande Datum - - (åååå-mm-dd)
- ☐ Flyttat utomlands Datum - - (åååå-mm-dd)
Till land
- ☐ Avliden Datum - - (åååå-mm-dd)

Uppgifter om flytt från en vårdgivare till en annan

Flyttat från: (Tidigare vårdgivare, dvs. landsting)

Flyttat till: (Mottagande vårdgivare, dvs. landsting)

Överflyttningsdatum: - - (åååå-mm-dd)