

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 *Samordningsansvarig verksamhet = verksamhet som assisterar personen med samordning av sjukvårds- och habiliteringsinsatser relaterade till ryggmärgsbråck/annan ryggmärgsavvikelse/hydrocefalus.*

Nej Okänt Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Verksamhetsnamn

Adress

Postnr **Ort**

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

Har personen läkare som samordnar medicinska insatser på lokal, regional och sjukvårdsregion-nivå relaterat till ryggmärgsbråck/annan ryggmärgsavvikelse?

Nej Okänt Ja Om ja, ange verksamhet/er där personen/anhöriga, och ev. habiliteringspersonal möter denne läkare (inte var läkaren är anställd, flera alternativ möjliga):

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

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

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)

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)