



KRISTINESTAD
KRISTIIINANKAUPUNKI

FÖRHANDSINFORMATION

Orsak till besöket ryggbesvär nackbesvär axel/armbesvär benbesvär

Namn: _____ Telefon: _____

Födelseid och ålder: _____ Epost: _____

Gatuadress: _____

Är ni

1. I arbete 2. Sjukledig 3. Pensionerad 4. Arb.lös 5. Hemma
6. Studerande 7. Annat vad: _____

Yrke: _____ Arb.beskrivning: _____

Svara, inringa lämpligt alternativ:

Har ni av läkare diagnostiserats ha

Hjärt- och blodkärslsjukdom	Nej	Ja	_____
Högt blodtryck	Nej	Ja	_____
Metabolt syndrom/diabetes	Nej	Ja	_____
Neurologisk sjukdom	Nej	Ja	_____
Sjukd. i stöd- och rörelseorganet	Nej	Ja	_____
Sjukdom i andningsorganet	Nej	Ja	_____
Migrän	Nej	Ja	_____
Reuma	Nej	Ja	_____
Sköldkörtelsjukdom	Nej	Ja	_____
Elakartad tumör	Nej	Ja	_____
Mentala besvär	Nej	Ja	_____
Allergi	Nej	Ja	_____
Osteoporos	Nej	Ja	_____
Annan allmän sjukdom	Nej	Ja	_____

Har ni under senaste veckan haft något av följande symptom?

Feber	Nej	Ja	Viktminskning	Nej	Ja
Försämrat allmäntillstånd	Nej	Ja	Bröstsmärta vid belastning	Nej	Ja
Smärta vid andning	Nej	Ja	Yrsel	Nej	Ja
Kontinuerlig huvudvärk	Nej	Ja	Magbesvär	Nej	Ja
Inflammationssjukdom	Nej	Ja	Tarm-/urininkontinens	Nej	Ja
Styrkebortfall armar/ben	Nej	Ja	Strålningssmärta i arm/ben	Nej	Ja
Testikelsmärta	Nej	Ja			

Röker ni? Nej Ja

Är ni gravid Nej Ja

Motionerar ni regelbundet? Nej Ja

Motionsform _____



Har ni regelbunden medicinering? Nej Ja
Medicin _____

Använder ni medicin för detta besvär/denna smärta Nej Ja
Medicin _____

Har ni varit med om någon olycka senaste året? Nej Ja
Vad / när, beskrivning _____

Lider ni första gången av det aktuella besväret? Nej Ja

Har ni blivit opererad pga detta besvär? Nej Ja

Har ni röntgats/varit på magnetröntgen pga. Detta besvär? Nej Ja

Hur länge har detta besvär pågått?

Under en vecka under 2 veckor 2-4 veckor 1-2 månader 2-3 månader
över 3 månader över 6 månader över ett år

Beskriv hur besväret börjat _____

Vad provocerar besväret mest _____

Vad lättar besväret effektivast _____

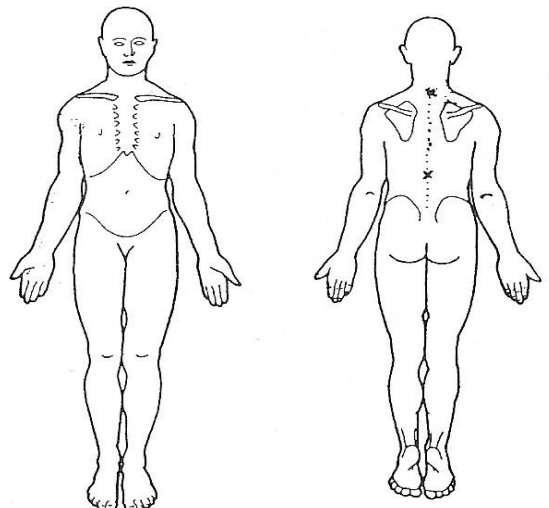
Hur kraftig smärta har du haft i genomsnitt under de senaste 7 dagarna? Omringa det nummer, som bäst beskriver smärtans intensitet

ingen smärta alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 värsta tänkbara smärta

Har du psykiska belastningsfaktorer i livet just nu (stress)?

1. Inte alls 2. Ibland 3 En del 4. Mycket 5. Våldigt mycket

Märk ut smärtområdet på bilden till höger med //



Namn och datum _____