

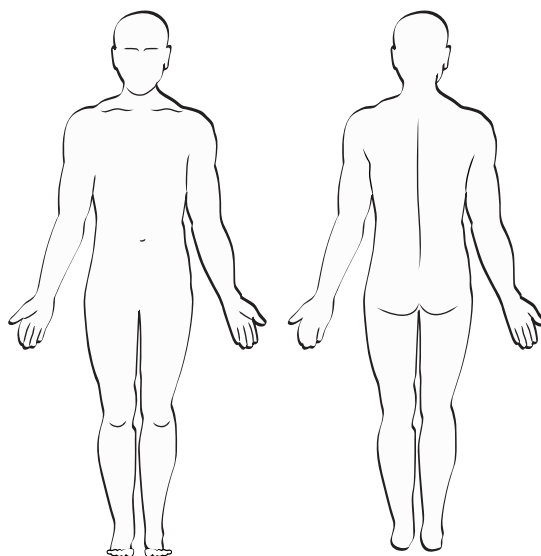
Kiropraktik

Udfyld venligst ved 1. konsultation. Svar på spørgsmålene så godt du kan.
Svarene er meget vigtige for os for at kunne give dig den bedst mulige
behandling. Er du i tvivl, så spring spørgsmålet over og gå videre.
Vi gennemgår skemaet igen ved konsultationen.

1. Navn: _____ Dato: _____

2. CPR: _____

3. Skriv hvorfor du kommer. Hvis du har ondt, skriv hvor det er, og marker det på tegningen:



3.a Hvis du ikke kommer på grund af smerter, gå til spørgsmål 15.

4. Hvornår omtrent begyndte de nuværende smerter?

Ca. dato: _____

5. Hvordan startede smerterne?

- Langsomt, snigende
 Pludseligt

6. Hvad udløste smerterne?

- Ingen kendt årsag
 Andet:

7. Er der forskel på smerterne dagen igennem?

- Værst morgen
 Værst morgen og aften
 Forværres i løbet af dagen
 Intet mønster



8. Smerteintensitet (Marker med kryds over det tal der beskriver dine smerter bedst)

Netop nu

Ingen smerter

Værst tænkelige

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Er symptomerne: Aftagende Uændret Tiltagende

9. Aktuell medicin:

Virkning:

Navn:	Styrke:	Antal:	Ingen	Middel	God
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du haft samme eller lignende problemer tidligere?

- Nej
 Ja - hvor hyppigt? _____

11. Er du blevet undersøgt andre steder? F.eks. speciallæge, sygehuset, MR-skanning, røntgenbilleder?

- Nej
 Ja - hvor, og ca. dato? _____

12. Har du modtaget anden behandling for nuværende smerter?

- Nej
 Ja - hvilken, og har det hjulpet? _____

13. Er der andre i familien med problemer i samme område?

- Nej
 Ja - hvilke? (hvis du ved det) _____

14. Har du været eller er du sygemeldt?

- Nej
 Ja - hvor længe? _____

15. Lider du af andre sygdomme? F.eks. cancer, gigtlidelser, knogleskørhed mm.?

Nej

Ja - hvilke? _____

16. Er du tidligere opereret?

Nej

Ja - hvornår og for hvad? _____

17. Ryger du?

Nej

Ja - hvor meget? _____

18. Hvad er/var dit erhverv? _____

19. Dyrker du normalt nogen motion?

Nej

Ja - hvad og hvor ofte? _____

20. Er der andet jeg bør vide? _____

21. Hvordan hørte du om klinikken?

Læge

Kollega

Familie

Ven

Google

Krak

Fysioterapeut

Zoneterapeut

Massør

Telefonbog

Andet: _____

22. Har du, eller nogen i nærmeste familie nogen arvelige sygdomme?

Nej

Ja - hvilke? _____

23. Har du en sundhedsforsikring?

Nej

Ja - hvilken: _____

24. Ønsker du et nyhedsbrev fra klinikken?

Nej

Ja - skriv din e-mailadresse: _____

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.