

# Kiropraktik

Udfyld venligst ved første 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.

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadresse: \_\_\_\_\_

Medlem af Sygeforsikring "Danmark":  Ja  Nej

Hvad er grunden til du kommer? Har du ondt, skriv hvor det er, og marker det på tegningen.

\_\_\_\_\_

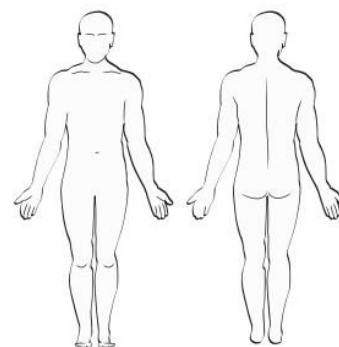
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Hvornår omtrent begyndte de nuværende symptomer?

Ca. dato: \_\_\_\_\_

Hvordan startede symptomerne?

Langsomt, snigende  Pludseligt

Hvad udløste symptomerne?

Ingen kendt årsag

Andet - Angiv hvad: \_\_\_\_\_

Er der forskel på symptomerne dagen igennem?

Værst om morgenen

Værst morgen og aften

Forværres i løbet af dagen

Intet mønster

Hvad kan gøre dine symptomer værre? \_\_\_\_\_

Hvad kan lindre dine symptomer? \_\_\_\_\_

# Kiropraktik

## Smerteintensitet (marker med kryds over det tal, der beskriver dine smerter bedst)

Netop nu

Ingen smerter

Værst tænkelige smerter

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

Er symptomerne:  Aftagende  Uændret  Tiltagende

## Aktuel medicin (fx smertestillende medicin, lægeordineret medicin, p-piller)?

Nævn. Afkryds effekt ved smertestillende.

- |          |       |       |                                |                                 |                              |
|----------|-------|-------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 2. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 3. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 4. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 5. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |

## Har du haft samme eller lignende problemer tidligere?

Nej  Ja - Hvor hyppigt? \_\_\_\_\_

## Er du blevet undersøgt andre steder (fx speciallæge, sygehus, MR-skanning, røntgenbilleder)?

Nej  Ja - Hvor og hvornår? \_\_\_\_\_

## Har du modtaget anden behandling for nuværende symptomer?

Nej

Ja - Hvilken og har det hjulpet? \_\_\_\_\_

## Er der andre i familien med problemer i samme område?

Nej  Ja - Hvilke (hvis du ved det)? \_\_\_\_\_

## Har du været eller er du sygemeldt i forbindelse med aktuelle symptomer?

Nej  Ja - Hvor længe? \_\_\_\_\_

## Lider du af andre sygdomme (fx cancer, gigtlidelser, knogleskørhed m.m.)?

Nej  Ja - Hvilke? \_\_\_\_\_

## Er du tidligere opereret for noget?

Nej

Ja - Hvornår og for hvad? \_\_\_\_\_

## Ryger du?

Nej  Ja - Hvor meget? \_\_\_\_\_

## Alkohol?

Nej  Ja - hvor mange genstande gennemsnitligt ugentligt? \_\_\_\_\_

# Kiropraktik

**Dyrker du normalt nogen motion?**

Nej  Ja - Hvad og hvor ofte? \_\_\_\_\_

**Hvad er / var dit erhverv?** \_\_\_\_\_

**Hvis du har fået anbefalet klinikken, af hvem fik du anbefalingen?**

Læge  Fysioterapeut  Zoneterapeut  Massør  
 Familie  Ven  Kollega  Andet : \_\_\_\_\_

Evt. navn: \_\_\_\_\_

Hvis ja, til hvem:  Grethe Thøstesen  John Sandsberg  Mathilde Christensen

**Har du, eller nogen i nærmeste familie nogen arvelige sygdomme?**

Nej  
 Ja - Hvilke(n)? \_\_\_\_\_

**Er der andet kiropraktoren bør vide?** \_\_\_\_\_

**Samtykkeerklæring:**

**Du skal afkrydse de felter, som du kan give samtykke til. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Der indhentes eller deles ikke oplysninger vedrørende dig, uden at du på forhånd har drøftet dette med din kiropraktor.**

- Journalføring og opbevarelse af journal**
- Kontakt til din egen læge**
- Rekvirering af billeddiagnostik (hvis der forelægger relevant undersøgelser)**
- Tværfagligt behandlingsforløb (at vores massør må få indblik i din journal, hvis du skulle booke en tid hos denne)**
- Sundhedsforsikring eller anden betaler**

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.  
Skemaet bliver scannet ind i journalen og derefter makuleret.