

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.

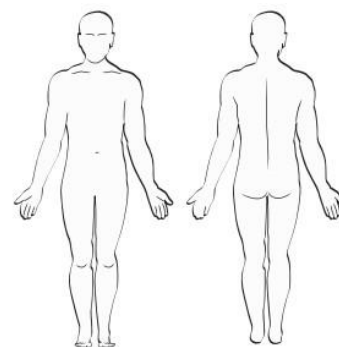
Navn: _____ Dato: _____

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.