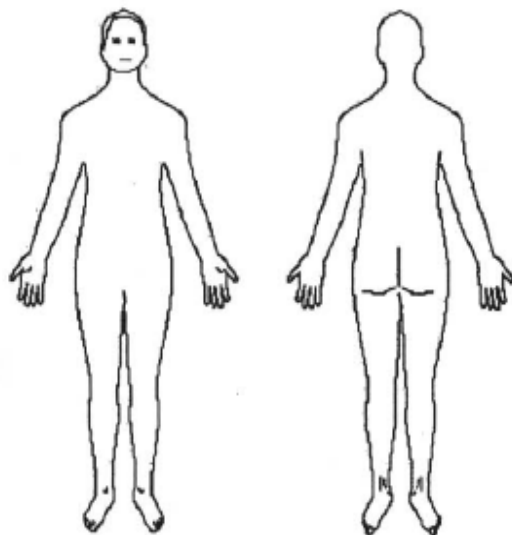


Svar på spørgsmålene så godt du kan. Er du i tvivl, så spring spørgsmålet over og gå videre. Vi går skemaet igennem ved konsultationen.

1. Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Medlem af Danmark? Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_
3. Må vi videregive oplysninger til din læge, herunder resultat af evt. røntgenundersøgelser? Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_
4. Har du en sundhedsforsikring? Ja \_\_\_\_, hvilken: \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_
5. Email: \_\_\_\_\_

6. Hvor har du ondt? (skriv herunder **OG** marker på tegningen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



7. Hvornår omtrent begyndte de nuværende smerter?

ca. dato: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
          dag    mdr.    år

8. Hvordan startede smerterne?

langsomt, snigende: \_\_\_\_  
pludseligt: \_\_\_\_

9. Hvad udløste smerterne?

ingen kendt årsag : \_\_\_\_  
andet: \_\_\_\_\_

10. Er der forskel på smerterne dagen igennem?

værst morgen: \_\_\_\_  
værst morgen og aften: \_\_\_\_  
forværres i løbet af dagen: \_\_\_\_  
intet mønster: \_\_\_\_

11. Smerteintensitet: (marker med **X** på linien, skriv **IKKE** tal)

*netop nu:*

ingen smerter

0

værst

tænkelige smerte

100

*Indenfor den sidste uge:*

ingen smerter

0

værst

tænkelige smerte

100

12. Aktuell medicin (både for smerter **OG** evt. anden sygdom):

Navn:	Styrke:	Antal:	Virkning:		
			Ingen	Middel	God
1 _____	_____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____	_____

13. Hvordan er karakteren af dine smerter? (fx stikkende, jag, stivhed, ømhed, murren mm.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VEND**

14. Er der bestemte stillinger, bevægelser eller aktiviteter der forværrer smerterne?

---

---

15. Er der bestemte stillinger, bevægelser eller aktiviteter der lindrer smerterne?

---

---

16. Har du haft samme eller lignende problemer tidligere?

Nej \_\_\_\_\_

Ja - hvor hyppigt (omtrent)? \_\_\_\_\_

---

17. Har du tidligere været udsat for skader eller ulykker? (fx vrid i ankel, væltet på cykel, biluheld osv.)

Nej \_\_\_\_\_

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

---

18. Har du modtaget anden behandling for nuværende smerter?

Nej \_\_\_\_\_

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

---

19. Lider du af andre sygdomme (fx kræft, gigttilfælde, knogleskørhed, diverse organer mm.)

Nej \_\_\_\_\_

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

---

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

Nej \_\_\_\_\_

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

---

21. Er du tidligere opereret? (notér alle operationer)

Nej \_\_\_\_\_

Ja - Hvornår og for hvad? \_\_\_\_\_

---

22. Ryger du? Nej \_\_\_\_\_ Ja - Hvor meget? \_\_\_\_\_

23. Hvad er/var dit erhverv? \_\_\_\_\_

24. Har du været eller er du sygemeldt?

Nej \_\_\_\_\_

Ja - Hvor længe? \_\_\_\_\_

25. Dyrker du normalt nogen motion?

Nej \_\_\_\_\_

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

26. Hvem anbefalede dig til klinikken?

Læge \_\_\_\_\_ Kollega \_\_\_\_\_ Familie \_\_\_\_\_ Ven \_\_\_\_\_ Andet \_\_\_\_\_

**TAK FOR HJÆLPEN. DU MÅ GERNE AFLEVERE DIT SKEMA TIL SEKRETÆREN, SÅ HENTER KIROPRAKTOREN DIG SNART.**