

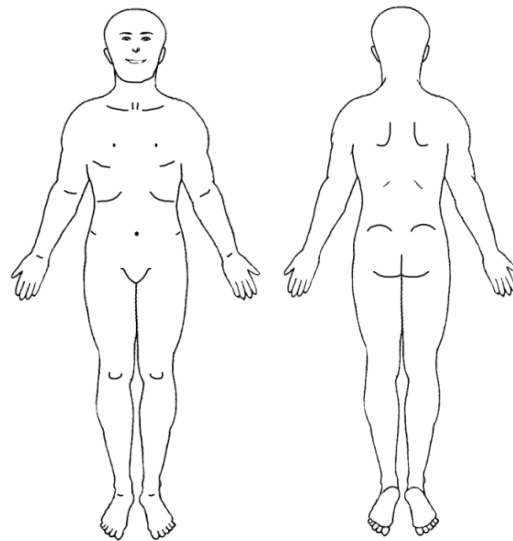


## SPØRGESKEMA

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

1	Navn:			
2	Cpr.nr.			
3	Stilling:	Telefon:	E-mail:	

4 Hvor har du ondt? (Marker gerne på tegningen)

5 Varighed af dit nuværende problem


6 Hvordan startede smerterne:

Sæt X

Langsomt snigende

Pludseligt

7 Hvad udløste smerterne:

Sæt X

Ukendt årsag

Andet

8 Er der forskel på smerterne i løbet af døgnet:

Sæt X

Værst om morgenen

Værst morgen og aften

Forværring i løbet af dage

Sæt X

Værst om natten

Intet mønster

9 Smerteintensitet:

Din smerte netop nu:

	Ingen									Værst tænkelige smerter
Sæt X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



**10 Har du haft samme eller lignende problem tidligere:**

Sæt X

Nej

Ja- hvor hyppigt: \_\_\_\_\_

**11 Har du modtaget anden behandling for dine nuværende smerter:**

Sæt X

Nej

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

**12 Aktuell medicin:**

	Navn:	årsag
12.1		
12.2		
12.3		
12.4		
12.5		

**13 Har du været eller er du sygemeldt:**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja- hvor længe: \_\_\_\_\_

**14 Har du smerter eller proplemer andre steder:**

Sæt X

Nej

Ja - hvor: \_\_\_\_\_

**15 Har du nogensinde været udsat for ulykker ( f.eks fald, trafikuheld, sportsskader eller lignende):**

Sæt X

Nej

Ja- beskriv kort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16 Er du tidligere opereret:**

Sæt X

Nej

Ja- Hvornår og for hvad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**17 Har du nu, eller tidligere haft et eller flere af følgende symptomer / lidelser:**

Hvis nuværende sæt **X** • Hvis tidligere sæt **/**

<input type="checkbox"/>	Nakkesmerter
<input type="checkbox"/>	evt.m. armsmerter
<input type="checkbox"/>	Smerter mel.skulderblade
<input type="checkbox"/>	Lændesmerter
<input type="checkbox"/>	evt. m bensmerter
<input type="checkbox"/>	Halebenssmerter
<input type="checkbox"/>	Andre rygsmerter

<input type="checkbox"/>	Håndledssmerter / finger
<input type="checkbox"/>	Albuesmerter
<input type="checkbox"/>	Hoftesmerter
<input type="checkbox"/>	Knæsmertter
<input type="checkbox"/>	Fodsmerter
<input type="checkbox"/>	Skuldresmerter

<input type="checkbox"/>	Vejrtrækningsbesvær
<input type="checkbox"/>	Astma
<input type="checkbox"/>	Allergi
<input type="checkbox"/>	Stofskiftesygdomme
<input type="checkbox"/>	Sukkersyge

<input type="checkbox"/>	Synsforstyrrelser
<input type="checkbox"/>	Hovedpine
<input type="checkbox"/>	Migræne
<input type="checkbox"/>	Svimmelhed
<input type="checkbox"/>	Kvalme
<input type="checkbox"/>	Opkastninger
<input type="checkbox"/>	Forstoppelse
<input type="checkbox"/>	Diarré
<input type="checkbox"/>	Vandladningsproblemer

<input type="checkbox"/>	Mavesår
<input type="checkbox"/>	Højt blodtryk
<input type="checkbox"/>	Lavt blodtryk
<input type="checkbox"/>	Anæmi (blodmangel)
<input type="checkbox"/>	Blodprop / Hjerneblødning
<input type="checkbox"/>	Hjertesygdom
<input type="checkbox"/>	Gigt
<input type="checkbox"/>	Kræft
<input type="checkbox"/>	Andre kroniske lidelser:

- hvis Ja, hvad:

<input type="checkbox"/>	Galdesten
<input type="checkbox"/>	Nyresten
<input type="checkbox"/>	Prostata problemer
<input type="checkbox"/>	Alkoholisme

**For kvinder:**

<input type="checkbox"/>	Er du gravid
<input type="checkbox"/>	hedeture
<input type="checkbox"/>	Smertefuld menstruation
<input type="checkbox"/>	Menopause
<input type="checkbox"/>	Overgangsalder

**18 Dyrker du normalt nogen motion**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja- Hvad og hvor ofte:

**19 Ryger du:**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja- Hvor meget

**20 Hvordan/hvor hørte du om klinikken:**

**21 Tillader du at kiropraktoren, om nødvendigt indhenter journaloplysninger (fra læge / hospital)**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja

**22 Tillader du at kiropraktoren, massør og træningsinstruktør deler dine journaloplysninger:**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja

DATO:

• Underskrift •