



SPØRGESKEMA VOKSNE

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

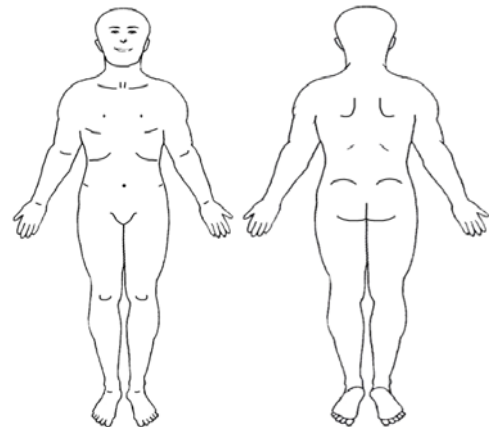
1	Navn: Udfyld med blokbogstaver								
2	Cpr.nr.								
3	Civilstand: Sæt X	Gift:	<input type="checkbox"/>	Ugift:	<input type="checkbox"/>	Børn Ja:	<input type="checkbox"/>	Børn Nej:	<input type="checkbox"/>

4	Stilling: Udfyld med blokbogstaver				Telefon:			
5	E-mail: Udfyld med blokbogstaver							

6	Hvad er årsagen til besøget?	(Marker gerne på tegningen)
---	-------------------------------------	------------------------------------

7	Hvornår startede det?
---	------------------------------

--	--



8	Hvordan startede smerterne?
---	------------------------------------

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Langsomt snigende	<input type="checkbox"/> Pludseligt

9	Hvad udløste smerterne?
---	--------------------------------

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Ukendt årsag	<input type="checkbox"/> Andet

--	--

10	Beskriv smerten:
----	-------------------------

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Skarp	<input type="checkbox"/> Uro	<input type="checkbox"/> Dyb	<input type="checkbox"/> prikken
<input type="checkbox"/> Murren	<input type="checkbox"/> Snurren	<input type="checkbox"/> Borende	<input type="checkbox"/> Brændende

11	Er der forskel på smerterne i løbet af døgnet?
----	---

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Værst om morgenen	<input type="checkbox"/> Værst om natten
<input type="checkbox"/> Værst morgen og aften	<input type="checkbox"/> Intet mønster
<input type="checkbox"/> Forværring i løbet af dagen	

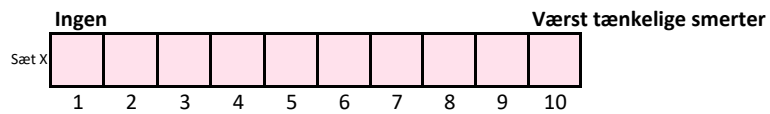


12 Hvad lindrer smerterne?

13 Hvad provokerer / forværrer smerterne?

14 Smerteintensitet?

Din smerte netop nu:



15 Har du haft samme eller lignende problem tidligere?

Sæt X

Nej

Ja-

hvor hyppigt:

16 Har du modtaget anden behandling for dine nuværende smerter?

Sæt X

Nej

Ja-

hvilken og har det hjulpet?

17 Aktuell medicin:

	Navn:	Årsag
17.1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18 Har du været, eller er du sygemeldt?

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja- hvor længe:

19 Har du smerter eller problemer andre steder?

Sæt X

Nej

Ja - hvor



20 Har du nogensinde været udsat for ulykker? (f.eks fald, trafikuheld, sportsskader eller lignende)

Sæt X

Nej

Ja- beskriv kort:

21 Er du tidligere opereret?

Sæt X

Nej

Ja- Hvornår og for hvad:

22 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"/>	Halebensmerter
<input type="checkbox"/>	Andre rygsmarter

<input type="checkbox"/>	Håndledssmerter/finger
<input type="checkbox"/>	Albuesmerter
<input type="checkbox"/>	Hoftesmerter
<input type="checkbox"/>	Knæsmarter
<input type="checkbox"/>	Fodsmarter
<input type="checkbox"/>	Skuldersmerter

<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:

<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

- hvis Ja, hvad:



23 Dyrker du normalt nogen motion?

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja - Hvad og hvor ofte:

24 Ryger du?

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja - Hvor meget

25 Hvor / hvordan hørte du om klinikken

26 Samtykke, nyhedsbrev m.m.

Jeg giver hermed samtykke til, at klinikken må indhente og videresende relevant journalmateriale, herunder billed-diagnostisk materiale fra/til følgende: (sæt X)

Indhente:

Samtykke til alle herunder

Samtykke nægtet til alle herunder

Videresende:

Samtykke til alle herunder

Samtykke nægtet til alle herunder

Eller:

Egen læge

Offentligt sygehus

Speciallæge

Privat hospital

Kiropraktor

Privat hospital

Fysioterapeut

Kommune

Massør

Eller:

Egen læge

Offentligt sygehus

Speciallæge

Privat hospital

Kiropraktor

Forsikringselskab

Fysioterapeut

Kommune

Massør

Jeg giver hermed samtykke til, at personale her på klinikken, som er i direkte forbindelse med min behandling, må få indsigt i min journal.

Samtykket gælder aktuelle behandlingsforløb, og er gældende 1 år fra underskriftdatoen.

Dato:

Navn / signatur:

Cpr. Nr.:

Ja, jeg vil gerne tilmelde mig Kiropraktisk Klinik Vanløse's nyhedsbrev.

Når du sætter kryds, giver du os samtykke til at sende dig tips til at få det bedre, træningsøvelser, nyheder, tilbud, information om nye produkter og services, invitationer til arrangementer mv.

På vores hjemmeside www.kiropraktisklinik.dk kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger samt hvilke rettigheder du har.