


Udfyldes af patienten forud for behandling

Navn:	CPR-nr.:																									
Hvad er dit problem?	Hvor optræder dine symptomer? (marker på tegningerne): <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>																									
Har du været hos andre behandlere for samme symptomer? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvilke behandlere?																										
Har du tidligere haft samme symptomer? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																										
Marker på strengen herunder, hvor kraftige smerter du har <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ingen smerter</td> <td style="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">Værst tænkelige smerter</td> </tr> </table>		Ingen smerter	<table border="0"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>												0										10	Værst tænkelige smerter
Ingen smerter	<table border="0"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>												0										10	Værst tænkelige smerter		
0										10																

Er smerten:

Jagende	<input type="checkbox"/>
Dyb	<input type="checkbox"/>
Overfladisk	<input type="checkbox"/>

Hvilke skader har du haft?
 Fx (trafikuheld, besvimelser, hjernerystelse, sportsskader, andet)

Hvor ofte kommer smerten?

Varierende	<input type="checkbox"/>
Konstant	<input type="checkbox"/>

Hvordan startede dine symptomer?

Pludseligt	<input type="checkbox"/>
Gradvist	<input type="checkbox"/>
Efter skade, - hvilken?	<input type="checkbox"/>

Hvordan har forløbet været?

Konstant	<input type="checkbox"/>
Periodevis	<input type="checkbox"/>
I forværring	<input type="checkbox"/>
I bedring	<input type="checkbox"/>

Har du haft:

	Ja	Nej
Kræftsygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gigtsygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tager du medicin?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodfortyndende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtryksmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende (håndkøb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende (recept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binyrebarkhormon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du generet af:	Ja	Nej
Hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsforstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationsbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vægttab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opkastninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandladningsbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryger du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvad er dit job? _____

Er det fysisk anstrengende?

Gennemsnitligt timetal pr. uge: _____

Dyrker du motion

Hvilke former? _____

Antal timer pr. uge? _____

Er du	Ja	Nej
Gift/samboende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Navn _____		
Har du børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn og alder på børn:		

Arbejdsulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du/din arbejdsgiver en sundhedsforsikring (forsikringen dækker almindeligvis behandlingen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi udsender jævnligt et nyhedsbrev, ønsker du at modtage dette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail adresse:		

Dato

Har du hørt om klinikken fra	
En anden patient	<input type="checkbox"/>
Læge	<input type="checkbox"/>
Telefonbog	<input type="checkbox"/>
Forsikringselskab	<input type="checkbox"/>
Andet, hvad? _____	
Internet via:	
Google	<input type="checkbox"/>
Eniro	<input type="checkbox"/>
Krak	<input type="checkbox"/>
De gule sider	<input type="checkbox"/>
Andet, hvor? _____	

Ønsker du at modtage en sms- "husker" 24 timer før din aftalte mødetid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilnr.:		

Underskrift

Hvis du får taget røntgenbillede, skal beskrivelsen sendes til din læge.
Med din underskrift tilkendegiver du, at det er med din accept.

Dato	Underskrift
_____	_____