

Välkommen till Rygg- & Idrottsskadekliniken

Vi vill att Ni vid första besöket fyller i denna Hälsodeklaration.

Den kommer att förenkla vår undersökning och ge mer tid till behandling!

Hur kom Ni i kontakt med Rygg- & Idrottsskadekliniken? (Rekommendation, telefonkatalog, webb etc)

Namn:

PersonNr:

Adress:

PostNr & Ort:

Tel (mob):

Tel (hem):

Tel (arb):

e-postadress (var god texta!):

Har Ni, nu eller tidigare, haft någon av följande sjukdomar/tillstånd? Ja Nej

1. Hjärt-/kärlsjukdomar (ex. infarkt, blodpropp, åderbråck). Ja Nej

2. Sockersjuka (diabetes typ I eller II). Ja Nej

3. Ledsjukdom (ex. reumatism, psoriasisartrit). Ja Nej

4. Elakartad tumör/cancer. Ja Nej

5. Blödarsjuka eller annan blodsjukdom. Ja Nej

6. Krampanfall/epilepsi. Ja Nej

7. Ödem (svullnad) i kroppen (ex. vrister, händer, mage). Ja Nej

8. Astma eller någon form av allergi? Ja Nej

9. Har du eller nyligen haft feber eller varit förkyld? Ja Nej

10. Har du någon annan sjukdom? Ja Nej

11. Har du haft några skelett-/ledskador (ex. benbrott, knäskada)? Ja Nej

12. Har du någon form av benskörhet? Ja Nej

13. Har du fått kortison i någon form (ex. injektioner, tabletter eller salva)? Ja Nej

14. Använder du någon medicin (ex. p-piller, blodförtunnande)? Ja Nej

15. Behandlas du för närvarande av någon annan terapeut/läkare? Ja Nej

16. Vet du om ditt blodtryck är normalt? Ja Nej

17. Använder du tobak (cigaretter, snus eller annat)? Ja Nej

Var god vänd!

Fortsättning från föregående sida.

Ja Nej

18. Är du gravid?

19. Anser du dig vara frisk bortsett från den åkomma som jag nu söker för?

20. Nuvarande motionsvana:

låg | medel | hög

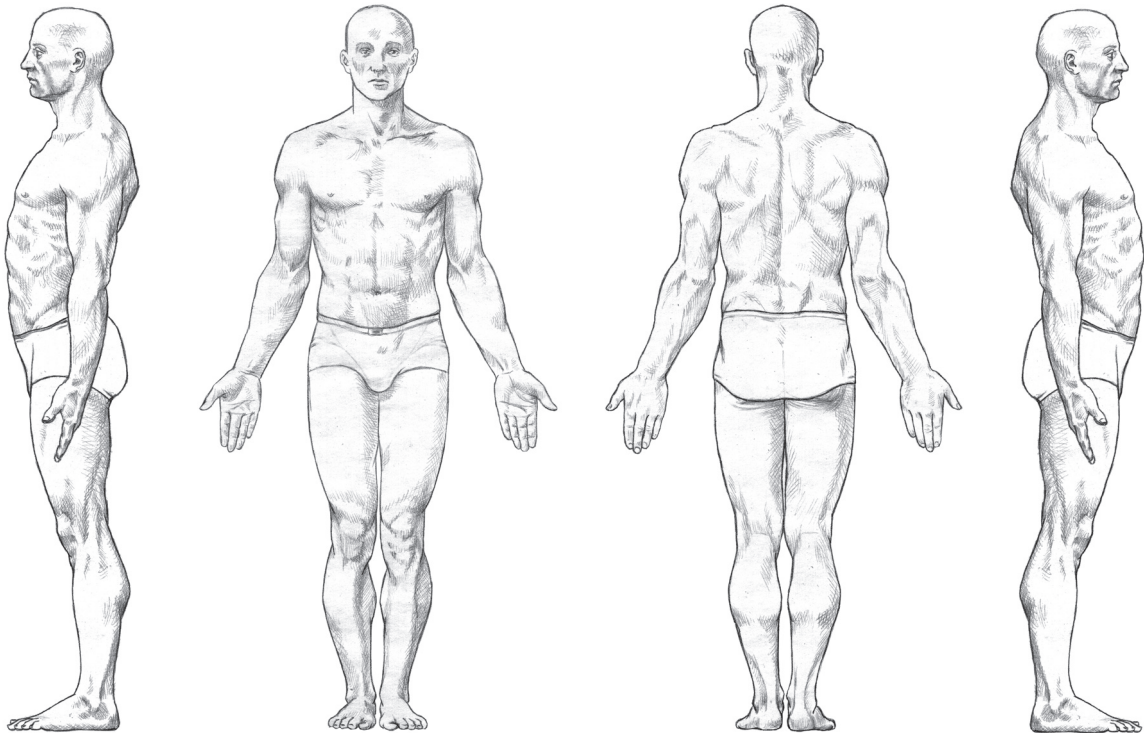
pass/vecka

21. Tidigare motionsvana:

låg | medel | hög

pass/vecka

22. Markera på figurerna ovan var dina besvär sitter!



23. Beskriv dina nuvarande besvär:

molande | huggande | skärande | brinnande
domnande | krampartad | annan:

24. Sätt ett kryss på nedanstående linje för att ange hur du upplever din smärta.

Ingen
smärta

Outhärdlig
smärta

25. **OBS! Avbokning senare än 17.00 dagen innan debiteras fullt pris.
Din namnteckning nedan bekräftar att du godkänt detta!**

Datum och Namnteckning