

**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. CPR: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ Medlem af Danmark? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

3. **Samtykke (udløber om 12 mdr):** Ja til alle \_\_\_\_\_ Nej til alle \_\_\_\_\_ (hvis du kun ønsker at give samtykke til enkelte punkter sættes kryds ved disse)

Må vi journalføre samt opbevare journalen?

Må vi orientere din praktiserende læge om dit behandlingsforløb ved afslutning?

Må vi hente relevant billeddiagnostik fra hospital og/eller røntgenklinik?

Må din journal kunne læses af klinikens massør, hvis du benytter denne?

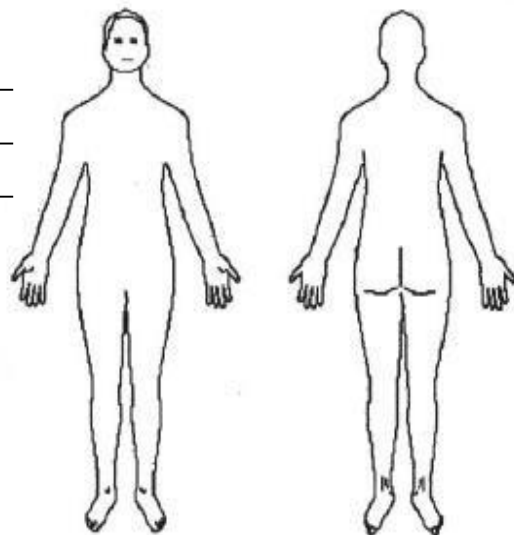
Må vi orientere din sundhedsforsikring om din behandling, hvis de retter henvendelse? (kun relevant hvis der er forsikring der dækker)

4. Har du en sundhedsforsikring? Ja \_\_\_\_\_ 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. **Aktuel medicin (både for smerter OG evt. anden sygdom):**

Navn:

Styrke:

Antal:

Ingen

**Virkning:**

Middel

God

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**HUSK BAGSIDEN**

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, gigtlidelser, 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? (gælder ikke kun den region du har ondt i nu)

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\_\_\_\_\_