

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. Må vi videregive oplysninger til din læge? (du kan til en hver tid trække dit samtykke tilbage):

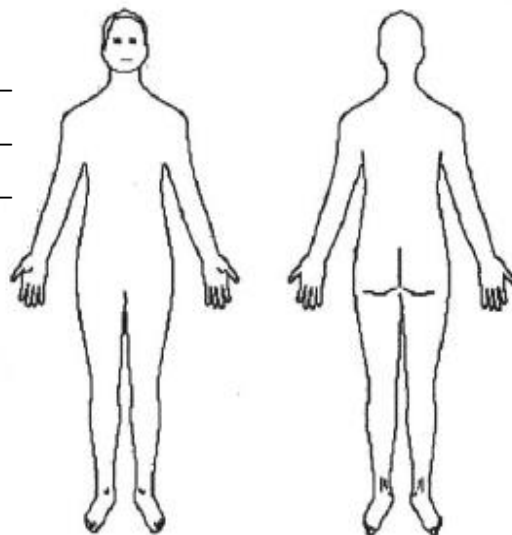
A) Resultat af evt. røntgenundersøgelser? Ja ____ Nej ____

B) Kort notat om dit aktuelle behandlingsforløb på klinikken? Ja ____ Nej ____

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 _____