

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: _____
2. CPR: _____ -- _____ Medlem af Danmark? Ja _____ Nej _____
3. Email: _____
4. Har du en sundhedsforsikring? Ja _____ Nej _____
5. Må vi videregive oplysninger til din læge, herunder resultat af evt. røntgenundersøgelser? Ja _____ Nej _____
6. Samtykke til at indhente relevante billeddiagnostiske undersøgelser fra hospitaler /røntgen klinikker ? Ja _____ Nej _____
7. Samtykke til videregivelse af relevante informationer til anden tilknyttet behandler? Ja _____ Nej _____
8. Hvor har du ondt? (skriv herunder **OG** marker på tegningen)

9. Hvornår omtrent begyndte de nuværende smerter?

ca. dato: _____ - _____ - _____
 dag mdr. år

10. Hvordan startede smerterne?

langsomt, snigende: _____

pludseligt: _____

11. Hvad udløste smerterne?

ingen kendt årsag: _____

andet: _____

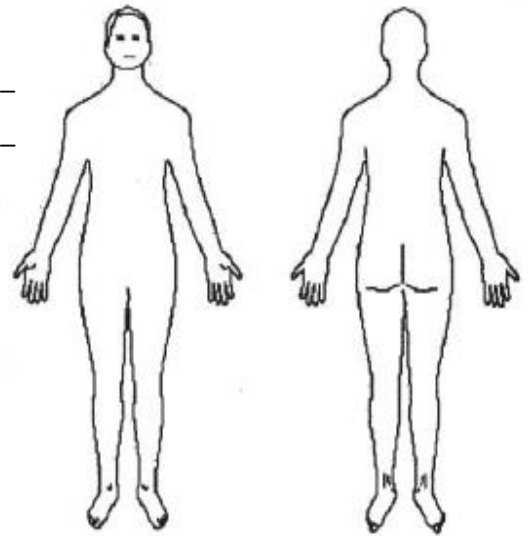
12. Er der forskel på smerterne dagen igennem?

værst morgen: _____

værst morgen og aften: _____

forværres i løbet af dagen: _____

intet mønster: _____



13. 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

14. Aktuel medicin (både for smerter **OG** evt. anden sygdom):

Navn:

Styrke:

Antal:

Ingen

Virkning:

Middel

God

1 _____

2 _____

3 _____

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

VEND!

16. Er der bestemte stillinger, bevægelser eller aktiviteter der forværrer smerterne?

17. Er der bestemte stillinger, bevægelser eller aktiviteter der lindrer smerterne?

18. Har du haft samme eller lignende problemer tidligere?

Nej _____

Ja - hvor hyppigt (omtrent)? _____

19. Har du tidligere været udsat for skader eller ulykker? (fx vrid i ankel, væltet på cykel, biluheld osv.)

Nej _____

Ja - Hvilke? _____

20. Har du modtaget anden behandling for nuværende smerter?

Nej _____

Ja - hvilken og har det hjulpet? _____

21. Lider du/ eller har lidt af andre sygdomme (fx kræft, gigtlidelser, knogleskørhed, diverse organer mm.)

Nej _____

Ja - Hvilke? _____

22. Er der andre i familien med problemer i samme område?

Nej _____

Ja - Hvilke? (hvis du ved det)

23. Er du tidligere opereret? (gælder ikke kun den region du har ondt i nu)

Nej _____

Ja - Hvornår og for hvad? _____

24. Ryger du? Nej _____ Ja - Hvor meget? _____

25. Hvad er/var dit erhverv? _____

26. Har du været eller er du sygemeldt?

Nej _____

Ja - Hvor længe? _____

27. Dyrker du normalt nogen motion?

Nej _____

Ja - Hvad og hvor ofte? _____

28. Er der tidligere lavet billeddiagnostik(MR,røntgen el. andet) af relevante område?

29. Hvem anbefalede dig til klinikken?

Læge _____ Kollega _____ Familie _____ Ven _____ Andet _____

30. Dato: ____/____/____

Underskrift: _____