

Forundersøgelseskema

Navn: _____

CPR Nr: _____ - _____

Højde: _____ cm

Vægt: _____ kg

Stilling: _____ Sygemeldt Ja Nej

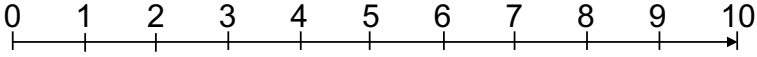
Smertelokalisation (hvor har du ondt): _____

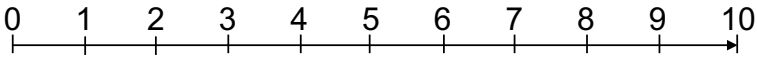
Symptomvarighed (hvor længe har du haft ondt): _____ uger _____ måneder _____ år

Beskriv dine smerter på en smerteskala fra 0 til 10

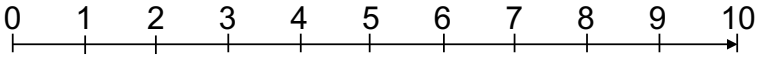
0 er ingen smerte - 10 er værst tænkelige smerter

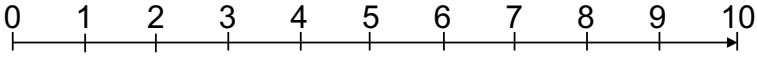
Smerter seneste uge:

I hvile (sæt ring): 

Ved aktivitet (sæt ring): 

Smerter seneste måned:

I hvile (sæt ring): 

Ved aktivitet (sæt ring): 

Disse andre behandlinger har jeg forsøgt:

Operation

Blokade

Smertestillende medicin på recept

Fysioterapi

Kiropraktik

Osteopati

Akupunktur

Andet _____

