

# FRÅGEFORMULÄR Whiplash

Tid/datum för olyckan? \_\_\_\_\_

Hur kände Du Dig i allmänhet månaden innan olyckan?

---

---

Typ av olycka? Trafik Halkning/Fall Slag Dykning Annat

---

Kort beskrivning av olyckan.

---

---

---

**Aktuella symtom.** Sätt ett kryss för varje fråga. Ange sida.

	Höger	Vänster	Konstant	Periodvis
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta/stelhet kring käkled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domning/stickning i ansikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacksmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i skuldra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domning/stickning i arm/hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domning/stickning i ben/fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelseinskränkning/stelhet i nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel/ostadighet			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synstörning t ex dubbelseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselstörning t ex sus i öronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sväljningsbesvär			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>