

PATIENTUPPGIFTER

Datum: _____

Personnr: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____ e-mail: _____

Tel hem: _____ Tel arb: _____ Mobil: _____

Yrke? _____

Är du gift/sambo? _____

Har du barn? _____

Vilka är de besvär du söker för? _____

Sätt ett kryss på linjen som beskriver hur ont du har just nu

Ingen smärta

Värsta tänkbara smärta

Stryk under nedanstående ord som Du tycker passar för Din smärta:

Huggande

Pulserande

Molande

Sprängande

Stickande

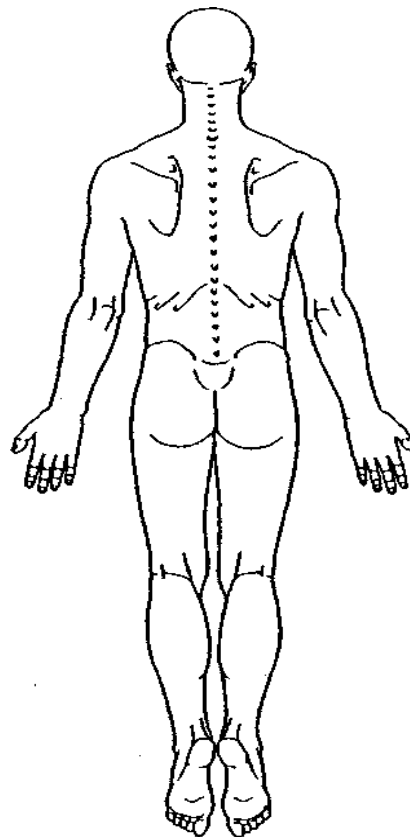
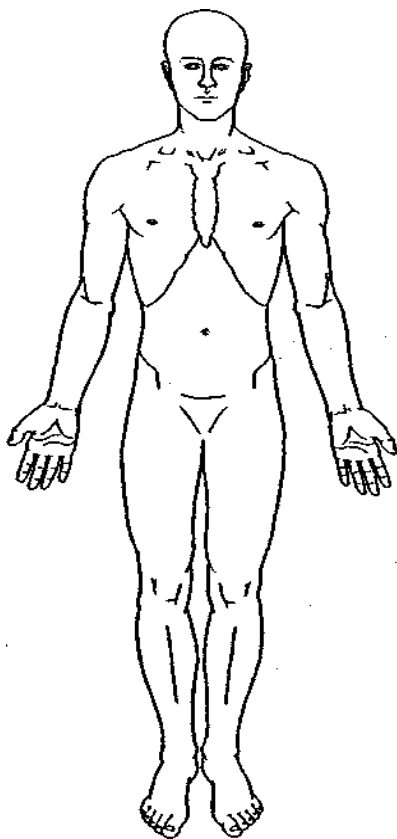
Brännande

Krampliknande

Utstrående

Domningar

Rita noga genom att fylla i (skugga) figurerna där Din smärta är belägen: **////**



1. Hur länge har du haft dina besvär? _____
2. Upplever du dina besvär som:
Konstanta _____
Periodvisa _____
Varierad intensitet? _____
3. Vad provocerar dina besvär? _____
4. Vad lindrar dina besvär? _____
5. Tar du någon medicin? Vilka? _____
6. Har du sökt läkare? Vem och på vilken mottagning? _____
7. Röntgen? MR? Om ja, var och när? _____
8. Är du sjukskriven? Om ja, sedan när? _____
9. Har du god sömn? _____
10. Har du andra sjukdomar/besvär? _____
11. Har du tidigare fått sjukgymnastik? _____
Hur länge sedan var det? _____
Annan typ av behandling? _____
12. Motionerar du regelbundet? Hur ofta? _____
Om ja, hur? _____
13. Övriga fritidsaktiviteter? _____
14. Röker du? _____
15. Vilka är dina förväntningar med behandlingen? _____

16. Vem rekommenderade dig att söka vård på Fysio Center?

OBS! På Fysio Center använder vi oss av en datajournal. Du kan läsa om Patientdatalagen på vår hemsida eller på anslagstavlan på kliniken.

Jag godkänner att notat i detta ärende är tillgängliga för samtliga behöriga vårdgivare enl 6 kap §§ 1-3. Patientdatalagen. Ja Nej