

Fullt navn: _____

Personnr: _____ - _____

Adresse: _____

Postnr: _____

Telefon (privat/jobb): _____

Mobil: _____

Epost: _____

Fastlege: _____

Sivilstatus: _____

Antall barn: _____

Hvordan fikk du vite om oss?

Yrke: _____

Arbeidsgiver: _____

Hva er hovedgrunnen til at du oppsøker oss i dag?: _____

Hvordan startet problemet? _____

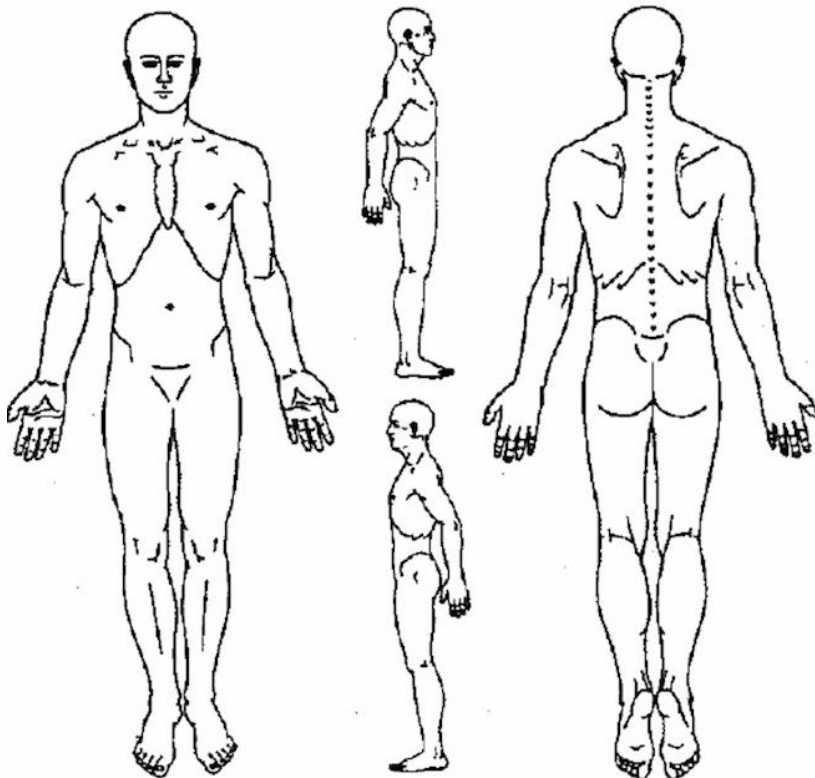
Hvor lenge har du hatt plagene? _____

På en skala fra 0-10, hvor intenst er problemet ditt?

(null smerte) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ (spist av en bjørn, nyrestein, cluster hodepine)

Vennligst marker figurene under med * (skarp smerte), x (verking), # (stivhet/støl),

o (stråling/prikking) eller – (nummenhet) Marker med flere tegn der du føler det sterkere.



Hva forverrer symptomene?

- Sitte
- Reise seg
- Gå
- Stå
- Ligge: Rygg/mage/høyre/venstre
- Hoste/nyse
- Temperatur/vær
- Stiv om morgenen
- Smerter om natten
- Andre:

Hva forbedrer smerten?

Kryss av i rubrikkene for symptomer og sykdommer du har eller nylig har hatt:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nakkeplager | <input type="checkbox"/> Hoftepleger | <input type="checkbox"/> Høyt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Nervøsitet/irritabel |
| <input type="checkbox"/> Ryggplager | <input type="checkbox"/> Lyskeplager | <input type="checkbox"/> Lavt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Psykiske plager |
| <input type="checkbox"/> Stiv nakke | <input type="checkbox"/> Kjeveplager | <input type="checkbox"/> Øresus/tinnitus | <input type="checkbox"/> Depresjon |
| <input type="checkbox"/> Stiv rygg | <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Magesmerter | <input type="checkbox"/> Søvnproblemer |
| <input type="checkbox"/> Knesmerter | <input type="checkbox"/> Hodepine/migrene | <input type="checkbox"/> Diaré | <input type="checkbox"/> Rusproblemer |
| <input type="checkbox"/> Ben/fotplager | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Urinveisinfeksjoner |
| <input type="checkbox"/> Arm/håndplager | <input type="checkbox"/> Kortpustet | <input type="checkbox"/> Allergier (spesifiser) | <input type="checkbox"/> Menstruasjonsmerter |
| <input type="checkbox"/> Nummen i ben/fot | <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdom | <input type="checkbox"/> Revmatiske plager | <input type="checkbox"/> Ufrivillig vekttap |
| <input type="checkbox"/> Nummen i arm/hånd | <input type="checkbox"/> Hjerneslag | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Kreft (spesifiser) |
| <input type="checkbox"/> Skulderplager | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Diabetes (type I/II) | <input type="checkbox"/> Multipel sklerose |
| <input type="checkbox"/> Brystplager | <input type="checkbox"/> Lavt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Epilepsi/anfall |
| <input type="checkbox"/> Øyesykdom | <input type="checkbox"/> Besvimelser | <input type="checkbox"/> Tuberkolose | |

Andre, spesifiser: _____

Tidligere skader (trafikkulykke, fall, brudd, idrettsskader e.l.): _____

Sykehusopphold/operasjoner: _____

Bruker du medisiner? (spesifiser): _____

Tidligere undersøkelser: Røntgen CT-røntgen MR Ultralyd Andre

Kommentar: _____

Tidligere behandling (kiropraktikk, fysioterapi, akupunktur e.l.) _____

Målsetning for besøk: Smertelindring/symptomreduering Stressmestring Velvære
 Idrettsprestasjon/optimalisering av kroppen

Jeg bekrefter at jeg har oppgitt informasjon til min beste kapasitet og samtykker i at informasjonen her kan utveksles med fastlege / lege / annet helsepersonell / annen behandler i klinikken om nødvendig.

Dato: ___ / ___ / ___ Sted: _____ Navn (blokkbokstaver): _____

Signatur: _____