

FORTROLIGE patientoplysninger forud for behandling

For at vi kan hjælpe dig bedst muligt, beder vi dig udfylde nedenstående skema. Skemaet vil blive gennemgået sammen med din kiropraktor.

Fulde navn: _____ CPR nummer: _____.

Jobtitel: _____ . Email: _____.

Hvem har henvist dig til klinikken: _____.

Hvad er årsagen til din henvendelse: _____.

Kender du årsagen til smerten/symptomerne? Ja Nej

Hvis ja, hvad er årsagen: _____.

Har du tidligere haft samme smerter? Nej Ja

Hvor optræder dine symptomer? (markér på figur)



Er der tale om en arbejdsulykke? Nej Ja

Er du sygemeldt med nuværende problem? Nej Ja

Hvis ja, siden?: _____.

Karakter af smerten:

Jagende Dyb Stikkende Brændende Varierende Konstant

Hvor længe har du haft nuværende smerter?

(antal dage, måneder, år): _____.

Er der forskel på smerten igennem dagen?

Værst morgen

Værre i løbet af dagen

Aften

Nattesmerter

Intet mønster

Er der noget som fremprovokerer/forværrer symptomerne?

_____.

Er der noget som lindrer symptomerne?

_____.

Har du modtaget anden behandling for dette problem?

_____.

Oplysninger om ulykker, fald, brækkede knogler eller lignende siden barndommen (**VIGTIGT**):

_____.

_____.

Er du tidligere blevet opereret? Nej Ja

Hvis ja – hvilke og hvornår (år):

_____.

Tager du medicin (inkl. smertestillende)? Nej Ja

Hvis ja – hvilke og af hvilken årsag?

_____.

Dyrker du motion? Nej Ja

Hvis ja – hvilken slags og hvor ofte?

_____.

Hvordan er dine arbejdsstillinger?

Stillesiddende Fysisk krævende Varierende

Har du tidligere fået taget røntgenbilleder? Nej Ja

Hvis ja – hvornår, og hvem har taget dem?

_____.

Er du ryger? nej ja - Hvor meget?

Arvelige sygdomme:

_____.

Supplerende oplysninger

Har du oplevet et eller flere af følgende symptomer (Hvis nuværende sæt X - hvis tidligere sæt O).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stiv nakke | <input type="checkbox"/> Hovedpine | <input type="checkbox"/> Kvalme |
| <input type="checkbox"/> Smerter mellem skulderblade | <input type="checkbox"/> Migræne | <input type="checkbox"/> Opkastninger |
| <input type="checkbox"/> Lændesmerter | <input type="checkbox"/> Svimmelhed | <input type="checkbox"/> Halsbrand |
| <input type="checkbox"/> Andre rygsmarter | <input type="checkbox"/> Ringen for ørerne | <input type="checkbox"/> Forstoppelse |
| <input type="checkbox"/> Halebenssmerter | <input type="checkbox"/> Nedsat hørelse | <input type="checkbox"/> Diarré |
| <input type="checkbox"/> Hoftesmerter | <input type="checkbox"/> Smerter i ørerne | <input type="checkbox"/> Mavesår |
| <input type="checkbox"/> Knæsmarter | <input type="checkbox"/> Mellemørebetændelse | <input type="checkbox"/> Hæmorider |
| <input type="checkbox"/> Fodsmarter | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Synkebesvær |
| <input type="checkbox"/> Håndledssmerter | <input type="checkbox"/> Manglende appetit | <input type="checkbox"/> Øjensmerter |
| <input type="checkbox"/> Albuesmerter | <input type="checkbox"/> Bihulebetændelse | |
| <input type="checkbox"/> Skuldsmarter | | |
| <input type="checkbox"/> Gigt | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |
| <input type="checkbox"/> Tør hoste | <input type="checkbox"/> Galdesten | <input type="checkbox"/> Lavt blodtryk |
| <input type="checkbox"/> Hoste med slim | <input type="checkbox"/> Gulsot | <input type="checkbox"/> Højt blodtryk |
| <input type="checkbox"/> Vejrtrækningsbesvær | <input type="checkbox"/> Alkoholisme | <input type="checkbox"/> Åreknuder |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Sukkersyge | <input type="checkbox"/> Blodpropper |
| <input type="checkbox"/> Bronkitis | <input type="checkbox"/> Nyresten | |
| <input type="checkbox"/> Væskeansamlinger i led | <input type="checkbox"/> Pludselig vægttab | |

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lungebetændelse | <input type="checkbox"/> Nyreinfektion | <input type="checkbox"/> Anæmi |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Blod i urin | <input type="checkbox"/> Jernmangel |
| <input type="checkbox"/> Forstørret skjoldbruskkirtel | <input type="checkbox"/> Inkontinens | <input type="checkbox"/> Hjertesygdom |
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Nattevæder | <input type="checkbox"/> Kræft |
| <input type="checkbox"/> Manglende energi | <input type="checkbox"/> Prostata-problemer | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Knogleskørhed | <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Mentale forstyrrelser | | |

For kvinder:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Smertefuld menstruation | <input type="checkbox"/> Uregelmæssig cyklus |
| <input type="checkbox"/> Stærke blødninger | <input type="checkbox"/> Spontane aborter |
| <input type="checkbox"/> Hedeture | <input type="checkbox"/> Ufrugtbarhed |
| <input type="checkbox"/> Brug af P-piller | <input type="checkbox"/> Er du gravid |
| <input type="checkbox"/> Spiral | |

Tillader du, at Kiropraktoren udveksler oplysninger med din egen læge eller andre sundhedsfaglige personer i forbindelse med den aktuelle behandling? Nej Ja

Giver du samtykke til deling af din journal internt i klinikken? Nej Ja

Venligst bemærk, at du selv skal dække din egenbetaling, såfremt du ikke er dækket af din forsikring.

Dato: _____

Underskrift: _____.