

Kiropraktik for øget livskvalitet

Dato:

FORTROLIGE patientoplysninger forud for behandling

E-mail:

Navn (fulde):

Cpr.nr.:

Job titel:

Er der tale om en arbejdsulykke? Nej Ja Hvem har henvist dig til klinikken:

1. Hvor optræder dine nuværende symptomer? 2. Har du tidligere haft samme smerter? Nej Ja
(marker på tegningerne):



3. Hvor længe har du haft nuværende symptomer?
(antal dage, md., eller år):

4. Er du sygemeldt med nuværende symptomer? Nej Ja
Hvis ja, siden:

5. Karakter af smerten:

Jagende Dyb Varierende Konstant

6. Kender du årsag til nuværende problem?

7. Er der forskel på smerterne dagen igennem?

Værst morgen Værre i løbet af dagen
Aften/nattesmerter Intet mønster

8. Er der noget som fremprovokerer/forværrer symptomerne?

9. Er der noget som lindrer symptomerne?

10. Har du modtaget anden behandling for dette problem?

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

12. Er du tidligere blevet opereret? Nej Ja
Hvis Ja - hvilke og hvornår (år):

Kiropraktik for øget livskvalitet

13. Tager du medicin? Nej Ja

Hvis Ja - hvilken og af hvilken årsag:

14. Dyrker du motion? Nej Ja

Hvilken slags og hvor ofte?:

15. Hvordan er dine arbejdsstillinger?

Stillesiddende Fysisk krævende Varieret

16. Har du tidligere fået taget røntgenbilleder? Nej Ja

Hvis ja – hvornår, og hvem har taget dem?

17. Er du ryger? nej ja - Hvor meget?

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

Kiropraktik for øget livskvalitet

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 rygsmerter | <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"/> Knæ smerter | <input type="checkbox"/> Mellemørebetændelse | <input type="checkbox"/> Hæmorider |
| <input type="checkbox"/> Fodsmerter | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Synkebesvær |
| <input type="checkbox"/> Håndledssmerter | <input type="checkbox"/> Øjensmerter | <input type="checkbox"/> Manglende appetit |
| <input type="checkbox"/> Albuesmerter | <input type="checkbox"/> Bihulebetændelse | <input type="checkbox"/> Pludselig vægttab |
| <input type="checkbox"/> Skuldere smerte | | |
|
 | | |
| <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"/> 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"/> Vandladningsproblemer | <input type="checkbox"/> Hjertesygdom |
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Problemer med afføring | <input type="checkbox"/> Kræft |
| <input type="checkbox"/> Manglende energi | <input type="checkbox"/> Prostata problemer | <input type="checkbox"/> Knogleskørhed |
| | <input type="checkbox"/> Nattevæder | |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | | |
| <input type="checkbox"/> Mentale forstyrrelser | | |
| <input type="checkbox"/> Polio | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | | |
| <input type="checkbox"/> Kolik | | |
- For kvinder:**
- Smertefuld menstruation
 - Uregelmæssig cyklus
 - Stærke blødninger
 - Gigt
 - Spontane aborter
 - Ufrugtbarhed
 - Hedeture
 - Brug af P-piller
 - Er de gravid

Tillader du at Kiropraktoren videregiver oplysninger til Deres egen læge? Nej Ja

Dato:

Underskrift: