

KONTAKTINFORMATION

Namn:	Personnummer:	Kön:	M	K
Adress	Stad:	Postnummer:		
Telefon:	Mobil:	E-post:		
Civilstånd:	Antal barn:	Yrke:	Arbetsplats:	

Hur hittade du oss? Telefonkatalogen Annonss Google Eniro
 Bekant – Vem kan vi tacka för rekommendationen _____

VARFÖR ÄR DETTA VIKTIGT

Lunds familjekiropraktik fokuserar på din medfödda förmåga till hälsa. Vårt första mål är att hjälpa dig med besvären som fått dig att söka hjälp och sekundärt att erbjuda dig möjlighet att förbättra och utveckla din hälsa. Stress från omgivningen kan ackumuleras under många år och påverka din hälsa. Genom att svara på följande frågor får vi en bättre möjlighet att utvärdera om din hälsa och hur vi kan hjälpa dig på bästa sätt. Det ligger i ditt intresse att svara så ärligt som möjligt. All information du lämnar är sekretessbelagd och behandlas bara av personal från Lunds familjekiropraktik. Din signatur nedanför indikerar att du är införstådd och ger ditt medgivande till detta.

Patientens Signatur: _____ Datum: _____

VANOR OCH LIVSSTIL

MOTION

1. Hur ofta avsätter du tid för motion? _____ gånger per vecka
2. Hur aktiv är du i ditt vardagliga liv? (Bortsett träning)
 Mycket aktiv (Fysiskt arbete och aktiv fritid)
 Medelaktiv (Fysiskt arbete eller aktiv fritid)
 Inaktiv (Stillasittande arbete och ingen speciellt aktiv fritid)
3. Skulle du kunna få fördelar med att öka din aktivitetsnivå? Nej Ja
4. Är det fördelarna attraktiva för dig? Nej Ja

STRESS

1. Upplever du en negativ stress i din livssituation? Nej Ja
2. Om ja, finns det något som bidrar till denna stress mer än något annat?
I så fall, beskriv: _____
3. Har du varit sjukskriven för stress? Nej Ja
4. Upplever du att stressen påverkar din:
Fysiska hälsa Nej Ja
Livskvalitet Nej Ja

SÖMN

1. Har du god nattsömn? Nej Ja
Om inte, på vilket sätt är din sömn mindre bra? _____
2. Påverkas din nattsömn av något annat i ditt liv? Nej Ja
Om ja, beskriv _____

KOST

1. Försöker du äta hälsosamt? Nej Ja
2. Upplever du problem relaterat till din kosthållning? Nej Ja
(t.ex trötthet, irritation, övervikt eller undervikt, annat?)
Om ja, beskriv _____

ALKOHOL

1. Dricker du alkohol? Nej Ja
2. Ungefär hur mycket dricker du per vecka? _____

TOBAK

1. Röker eller snusar du? Nej Ja/röker Ja/snusar

BESKRIV

- Beskriv hur du mår just nu, tänk att du lägger ihop allt som påverkar ditt välmående till ett värde, sätt ut ett kryss:

Botten _____ Toppen

FYSISK HÄLSA – EVENTUELLA SMÄRTOR/SKADOR

Om du har några nuvarande besvär eller smärtor i kroppen så vill vi att du beskriver det så ingående som möjligt, det hjälper oss att avgöra en lämplig hälsoplan och om det eventuellt finns något område som är extra viktigt för vår kiropraktorer att titta på.

Har du varit med om någon olycka/händelse som påverkar dig idag? (beskriv typ, tidpunkt etc.)

Markera på figuren nedanför var dina nuvarande besvär sitter och av vilken typ de är. Använd nedanstående symboler och tag med alla områden. **För att fylla i denna informationen behöver du skriva ut sidan och använda en penna.**

SMÄRTA:

Molande

~ ~ ~ ~

~ ~ ~ ~

Brinnande

X X

X X X

Stickande

:: ::

: :

Skärande

/// ///

/// ///

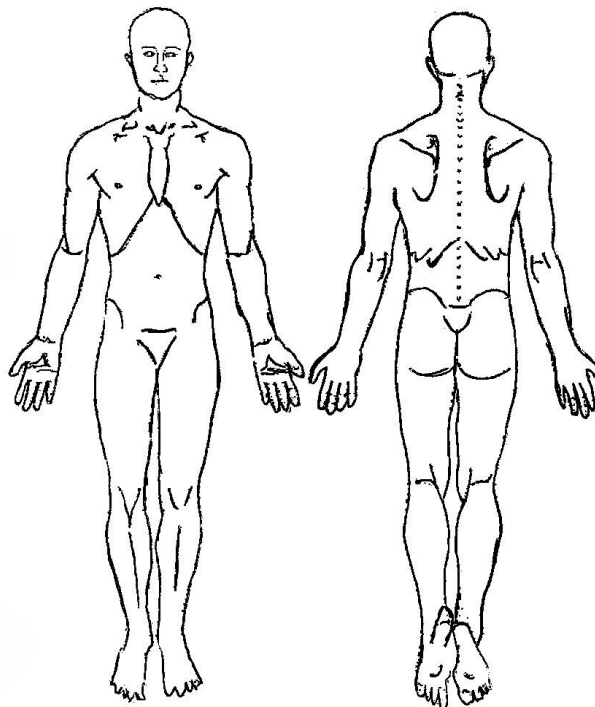
Muskelkramp

S S S S S

S S S S S S

Avdomnad

Ömma punkter



Hur ofta har du din smärta (cirkla in något av nedanstående alternativ)?

Hela tiden

4-5 dagar/vecka

1-4 ggr/månad

1-6 ggr/år

Påverkar smärtan:

Arbeta

Sömn

Fritid

Dagliga rutiner

Påverkar smärtan din förmåga att:

Sitta

Stå

Promenera

Böja sig

Ligga ned

DIN EVENTUELLA BEHANDLINGSHISTORIA

Har du fått behandling för några av dina besvär? (läkemedel, operation, sjukgymnastik, kiropraktik, etc).

Ange: _____ Behandlad av: _____

När: _____ Mer: _____

SYMPTOM/SJUKDOMSBILD

Kryssa för nedanstående rutor för något symptom du har eller har haft. Dessa uppgifter fungerar som underlag för vår screening. **All information du lämnar är sekretessbelagd.**

Nej/Aldrig Ibland Ja/ofta		Nej/Aldrig Ibland Ja/ofta		Nej/Aldrig Ibland Ja/ofta	
	Allmänt		Mage/Tarm		Andning
<input type="checkbox"/>	Allergi	<input type="checkbox"/>	Tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	Bröstmärta
<input type="checkbox"/>	Yrsel	<input type="checkbox"/>	Förstoppning	<input type="checkbox"/>	Kronisk hosta
<input type="checkbox"/>	Svimning	<input type="checkbox"/>	Diarré	<input type="checkbox"/>	Andningssvårighet
<input type="checkbox"/>	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	Halsbränna/Sura uppstötningar	<input type="checkbox"/>	Pipningar i bröstet
<input type="checkbox"/>	Nervsmärta	<input type="checkbox"/>	Svullen mage		Hud
<input type="checkbox"/>	Domningar	<input type="checkbox"/>	Gallbesvär	<input type="checkbox"/>	Får lätt blåmärken
	Muskler och Leder	<input type="checkbox"/>	Hemorroider	<input type="checkbox"/>	Torr
<input type="checkbox"/>	Reumatism	<input type="checkbox"/>	Leverbesvär	<input type="checkbox"/>	Utslag
<input type="checkbox"/>	Ledinflammation	<input type="checkbox"/>	Magsmärta	<input type="checkbox"/>	Åderbräck
<input type="checkbox"/>	Fotbesvär		Ögon, öron, näsa, hals		Blåsa/njurar
<input type="checkbox"/>	Ländryggsmärta	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Inkontinens
<input type="checkbox"/>	Nackont eller stelhet	<input type="checkbox"/>	Förkylning	<input type="checkbox"/>	Blod i urinen
<input type="checkbox"/>	Bröstryggsmärta	<input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/>	Kissar ofta
	Smärta, domning i:	<input type="checkbox"/>	Öronsmärta	<input type="checkbox"/>	Urinvägsinfektion
<input type="checkbox"/>	Ansikte	<input type="checkbox"/>	Öroninfektion	<input type="checkbox"/>	Njursten, njurinfektion
<input type="checkbox"/>	Axlar	<input type="checkbox"/>	Öronsus	<input type="checkbox"/>	Ont när kissar
<input type="checkbox"/>	Armar	<input type="checkbox"/>	Ögonsmärta		Endast för män
<input type="checkbox"/>	Armbågar	<input type="checkbox"/>	Halsont	<input type="checkbox"/>	Prostatabesvär
<input type="checkbox"/>	Händer	<input type="checkbox"/>	Näsblod		Endast för kvinnor
<input type="checkbox"/>	Höfter	<input type="checkbox"/>	Bihåleinflammation	<input type="checkbox"/>	Mjölckstockning
<input type="checkbox"/>	Ben		Hjärta/Kärl	<input type="checkbox"/>	Menstruationssmärta
<input type="checkbox"/>	Knän	<input type="checkbox"/>	Åderförkalkning	<input type="checkbox"/>	Oregelbunden mens
<input type="checkbox"/>	Fötter	<input type="checkbox"/>	Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	Knutor i bröstet
		<input type="checkbox"/>	Lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	Övergångsbesvär
		<input type="checkbox"/>	Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	Flytningar
		<input type="checkbox"/>	Dålig cirkulation		
		<input type="checkbox"/>	Hjärtklappning		
		<input type="checkbox"/>	Svag puls		
		<input type="checkbox"/>	Svullna anklar		

Är du gravid Nej Ja

Annan sjukdom/tillstånd för Lunds familjekiropraktiks kännedom: _____