

TRULSSONS KIROPRAKTIK

Leg. Kiropraktor Eva-Lena Lindblom

HÄLSODEKLARATION

Namn _____ Tel. bost. _____

Personnr. _____ Tel. arb. _____

Gatuadress _____ Nuvarande yrke _____

Postnr. o ort _____ Ev. tidigare yrke _____

Har Du nu, eller har Du tidigare haft, någon av följande sjukdomar/tillstånd?

Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka alt. För vad/var/när

1. Hjärt- / kärlsjukdom? () () _____
2. Blodsjukdom / blödningstendens? () () _____
3. Diabetes? () () _____
4. Högt / lågt blodtryck? () () _____
5. Lever- / njursjukdom? () () _____
6. Magbesvär? () () _____
7. Ledsjukdom? () () _____
8. Skelettsjukdom / -skada? () () _____
9. Hudsjukdom? () () _____
10. Astma / annan lungsjukdom / allergi? () () _____
11. Godartad eller elakartad tumör? () () _____
12. Hepatit / HIV / aids / annan smittsam sjukdom? () () _____
13. Har du vårdats på sjukhus / opererats? () () _____
14. Diskbråck? () () _____
15. Huvudvärk / migrän / yrsel? () () _____
16. Använder Du nu eller tidigare cortison? () () _____
17. Äter Du någon annan medicin? () () _____
18. Betydande viktninskning / -ökning sista tiden? () () _____
19. Mens- / gyn- / prostatabesvär? () () _____
20. Gravid? (antal tidigare graviditeter) () () _____
21. Käklebsbesvär? () () _____
22. Har Du haft några större kroppsskador? () () _____
23. Bil- / annan olycka? () () _____
24. Har Du röntgat dig någon gång? () () _____
25. Har Du någon annan, ovan **ej** angiven, sjukdom? () () _____

VÄND!

Följande frågor gäller det Du söker för

Ja Nej Kommentar

1. När började smärtan? Kom den hastigt eller smygande? _____
2. När är smärtan som värst, morgon, kväll, vid någon rörelse eller hela tiden? _____
3. Gör det mer ont att nysa, hosta eller skratta? I så fall var? () () _____
4. Hindrar smärtan Dig från att sova? () () _____
5. Är det något annat du har besvär med? () () _____
6. Står Du under läkarkontroll / får Du sjukgymnastik, eller annan behandling? () () _____
7. Känner Du någon lokal eller allmän svullnad? () () _____
8. Upplever Du domningar någonstans? Var? () () _____

SMÄRTBESKRIVNING

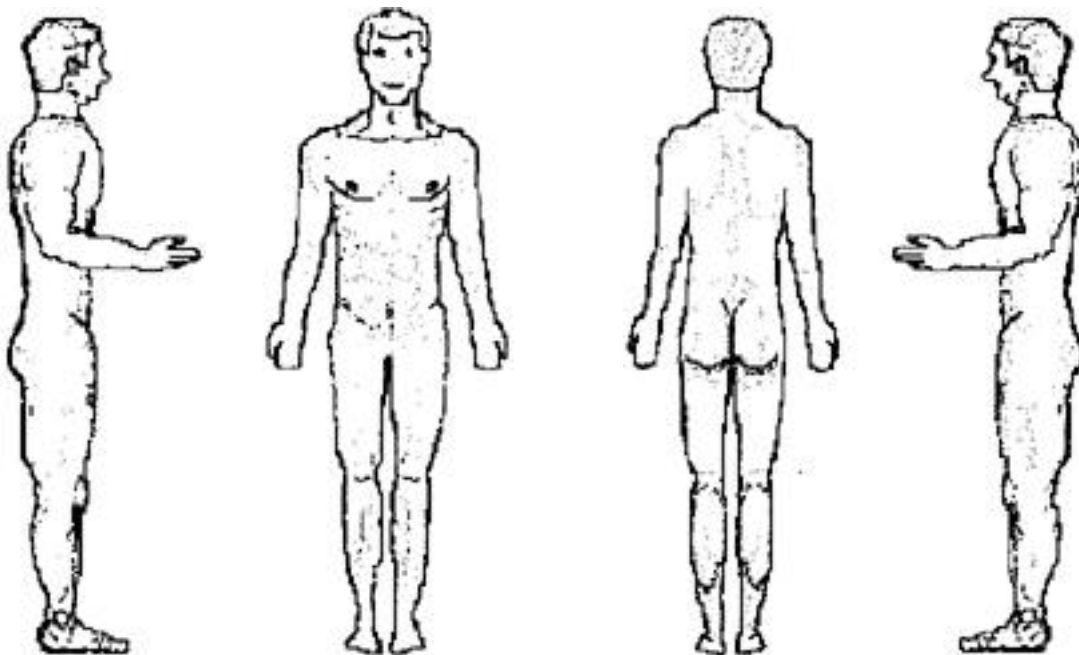
1. Ringa in vilken typ av smärta, som Du upplever:

Molande Huggande Krampartad Strålande Brännande Stickande

2. Sätt ett kryss på nedanstående linje för att ange hur intensiv smärtupplevelsen är:

Ingen smärta X-----X Outhärdlig smärta

3. Markera på figurerna nedan var smärtan resp. ev. domning är lokaliserad:



Efter första behandlingen bör Du dricka c:a 2 liter vanligt vatten per dag i 2 dagar.

Varför sökte du Trulssons kiropraktik?

1. Rekommendation av bekant
2. Via kraftkällan
3. Hemsidan
4. Facebook
5. Annan

För allas bästa skall återbud eller ändring av bokad tid ske snarast, dock senast 24 timmar före den aktuella tiden. Debitering sker annars med full taxa. Andra kan behöva tiden.

Patientens underskrift

Datum