

INNTAKSSKJEMA

Navn: _____ Personnr: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Adresse: _____ Postnr: _____

Telefon: (mobil/jobb) _____ E-post (privat): _____

Fastlege: _____ Hvordan fikk du vite om klinikken: _____

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Familie/bekjente | <input type="checkbox"/> Google/internett | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Bor i nærheten |
| <input type="checkbox"/> Forsikring | <input type="checkbox"/> Lege | <input type="checkbox"/> Annonse avis | <input type="checkbox"/> Brosjyre/annen reklame |

Yrke: _____ Stillingsprosent, timer/uke: _____

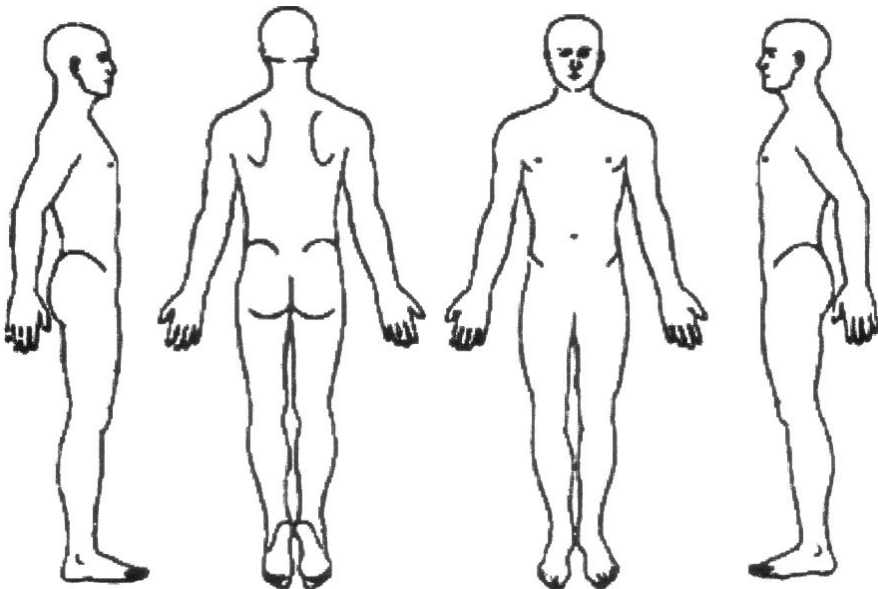
Arb.giver: _____ Adresse/postnr: _____

Hva er hovedgrunnen til at du oppsøker klinikken? _____

Hva utløste plagene? _____

Hvor lenge har du hatt plagene? _____

Dersom du har smerter, vennligst marker disse på figuren med X:



Hva forværrer symptomene:

- Sitte
- Reise seg
- Gå
- Stå
- Ligge: rygg/mage/hø/ve
- Hoste/nyse
- Værforandring
- Stiv om morgningen
- Nattsmerter
- Annet: _____

Hva forbedrer symptomene:

- _____
- _____
- _____

Smerteskala (VAS) Hvor vondt har du gjennomsnittlig hatt det de siste 2 dagene?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerte										Verst tenkelige smerte

Symptomer og sykdommer du har eller nylig har hatt:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nakkesmerter | <input type="checkbox"/> Hoftesmerter | <input type="checkbox"/> Høyt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Nervøsitet/irritabilitet |
| <input type="checkbox"/> Ryggsmert | <input type="checkbox"/> Lyskesmerter | <input type="checkbox"/> Lavt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Psykiske plager |
| <input type="checkbox"/> Stiv nakke | <input type="checkbox"/> Kjevesmerter | <input type="checkbox"/> Øresus | <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 | <input type="checkbox"/> Diare | <input type="checkbox"/> Rusproblemer |
| <input type="checkbox"/> Ben/fotsmerter | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Urinveisinfeksjoner |
| <input type="checkbox"/> Arm/håndsmert | <input type="checkbox"/> Kortpustet | <input type="checkbox"/> Allergi | <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 |
| <input type="checkbox"/> Skuldersmerter | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Multipelsklerose(MS) |
| <input type="checkbox"/> Brystsmert | <input type="checkbox"/> Lavt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsi |
| <input type="checkbox"/> Andre, spesifiser: _____ | | | |

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

Sykehusopphold (sykdom, operasjoner e.l.): _____

Bruker du medisiner? Nei Ja Hvis ja, hvilke medisiner og hvorfor: _____

Tidligere undersøkelse:

- Røntgen CT-røntgen MR Andre

Funn/kommentar: _____

Tidligere behandling:

- Kiropraktikk Fysioterapi Manuell terapi Akupunktur Massasje

Annen behandling, spesifiser: _____

Hva gjør du for å ta vare på din helse ? _____

Samtykker du til at vi:

- deler relevant informasjon med andre behandlere du bruker/fastlege: JA NEI
- sender informasjon til deg på SMS/e-post (timer, åpningstider, oppfølging ifm behandling etc) JA NEI

Dine helseopplysninger vil **kun** bli brukt som ledd i behandlingen, vi har tausehetsplikt og vil ikke utlevere informasjon uten ditt samtykke.

Timer som ikke avbestilles innen 24 timer arbeidsdagen før, må betales i sin helhet.

Dato: _____ Signatur: _____