

HÄLSODEKLARATION

Datum:		Kön:	
Namn:		Personnr:	
Adress:	Postnr:	Ort	
Tel bost:	Tel arb/mob:	Yrke:	
Familj/barn:	Fritid/hobby:	Företag:	
Email adress:		Längd:	Vikt:

För att vi ska kunna hjälpa Dig på bästa och säkra sätt är det viktigt att Ni besvarar följande frågor:

Har Ni nu, eller tidigare haft, något av följande sjukdomar eller problemtillstånd? **Kryssa i en av rutorna.**

<u>Hjärt-/kärlsjukdomar</u>	Ja	Nej	<u>Andning/luftvägar</u>	Ja	Nej
1. Högt/lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bröstsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Kronisk hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Andningssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Pip i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blödarsjuka, ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Näsblood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Muskel och ledproblem</u>	Ja	Nej
9. Frusenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Benbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lätt att få blåmärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Ledskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			40. Stukning/vrickning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Infektioner</u>	Ja	Nej	41. Muskelkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Täta förkylningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Höft-/knä-/fotproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nattsvettningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Svullna leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Öronsus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Ledsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Öroninflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Skelettsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Reumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bihåleproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Käkledsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ofta ont i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Tandgnissling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Svullna lymfkörtlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Svalgproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Övrigt</u>	Ja	Nej
			49. Huvudvärk/migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Invärtas sjukdomar</u>	Ja	Nej	50. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Urinvägsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Operationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mens-/prostatabesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Olycka med skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mag-/tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Röntgen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Gaser/förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Tumör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Buksmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56. Viktökning/minskning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Gallbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Hudsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Halsbränna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58. Smakbortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59. Synbortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lever-/njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60. Allergier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61. Epilepsi, krampanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Övriga					

62. Pågående medicinering:

63. Övriga sjukdomar:

64. Senaste hälsundersökningen:

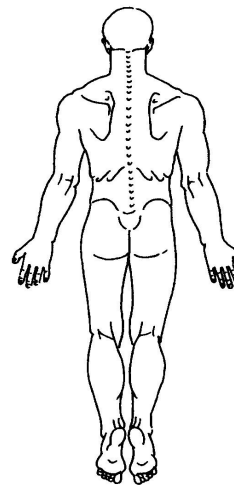
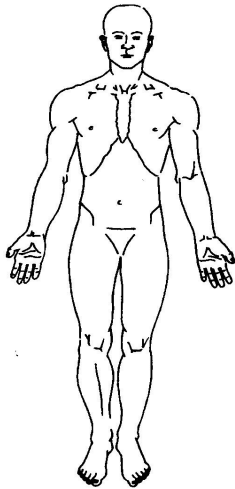
65. Rökare/Hur många per dag?:

66. Har Du tidigare blivit behandlad av: kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, annan?:

Smärtbeskrivning och beskrivning av nuvarande problem:

67. Var har Du ont (Flera alternativ)? Rita gärna också på bilderna:

(1. Nacke, 2. Axlar, 3. Armar, 4. Hand, 5. Bröstrygg, 6. Ländrygg, 7. Bäcken, 8. Höft, 9. Ben, 10. Knä, 11. Vrist, 12. Fot)



68. Debut – datum/tid?:

69. Debut händelse?:

70. När är det värst?:

(1. Morgon, 2. Kväll, 3. Mitt på dagen, 4. Nattnatt)

71. Progress?:

(Från debut – sämre el. bättre med tiden)

72. Gör det ont under...:

(1. rörelse, 2. stillasittande, 3. liggande, 4. stående, 5. annat)

73. Dygnsvariation?:

74. Har Du känselbortfall/domningar?

75. Gör det ont när Du hostar eller nyser?

76. Lindras smärtan av något?

77. Beskriv smärtans karaktär/intensitet (Flera alternativ):

(1. Molande/Värkande, 2. Huggande, 3. Krampande, 4. Strålände, 5. Brännande, 6. Domnande, 7. Stickande)

78. Kryssa i styrkan av smärtupplevelsen.

0% 50% 100%

**Ändring av bokad tid skall ske snarast, dock senast 24 timmar före behandling.
Debitering sker annars med full taxa.**

Jag har noggrant fyllt i ovanstående frågor samt tagit del av ovanstående information.
Jag godkänner att mina uppgifter lagras för klinikens användning.

.....
Patientens underskrift

Datum