

HÄLSODEKLARATION

Copyright © Leg. sjukgymnast David Aston

Namn (för- och efternamn): _____
Personnummer: _____
Adress: _____
Postnummer och ort _____
Telefon hem: _____ Mobiltelefon: _____
Telefon jobb: _____
E-post: _____

På vilket sätt har du hittat till mig?

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Gula sidorna i telefonkatalogen | <input type="checkbox"/> | Rekommenderad av en annan terapeut eller vårdgivare | <input type="checkbox"/> |
| Hitta.se - www.hitta.se | <input type="checkbox"/> | Internetsökning (vilken sökmotor?.....) | <input type="checkbox"/> |
| Eniro - www.eniro.se | <input type="checkbox"/> | Via A&C Sportcenter eller Hälsoteket | <input type="checkbox"/> |
| Rekommenderad av vän/anhörig | <input type="checkbox"/> | Reklam | <input type="checkbox"/> |
| Rekommenderad av läkare | <input type="checkbox"/> | På annat sätt (vilket?.....) | <input type="checkbox"/> |

Har du eller har du tidigare haft någon av följande sjukdomar/tillstånd?

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hjärt- eller kärlsjukdomar (infarkt, blodpropp, åderförkalkning eller åderbråck)? | ja | nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du haft några större kroppsskador (t.ex. benbrott, ledeskada eller sträckning)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du någon gång vårdats inläggande på sjukhus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du stickningar, domningar, känselbortfall eller nedsatt kraft i armar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du stickningar, domningar, känselbortfall eller nedsatt kraft i ben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du lågt blodtryck? | ja | nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du högt blodtryck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du eller har du haft cancer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lider du av yrsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Får du kortisonbehandling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du någon hudsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du någon ledsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har du någon reumatisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har du någon skelettsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Har du någon blodsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har du epilepsi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har du besvär med mage eller tarm? | ja | nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har du andningssvårigheter eller hosta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har du astma eller allergi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har du någon neurologisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Har du bortfall av syn eller smak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Lider du av illamående? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Har du en pågående infektion (t.ex. förkylning)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Har du problem med cirkulationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Har du någon hormonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Har du huvudvärk eller käkbesvär? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Har du någon gång varit med om en olycka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Har du några andra sjukdomar eller besvär? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Intar du några läkemedel? Om ja, vilka? | _____ | | | |

V.G VÄND!

Dina nuvarande besvär som du söker hjälp för:

31. Var har du ont eller besvär idag?

Markera på bilden



vänster sida



framsida



baksida



höger sida

32. Hur är dina symtom idag?

0 inga alls 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 värsta tänkbara

33. När började du få dina symtom (datum)?.....

| | | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 34. Började dina besvär med en specifik händelse? | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> | 39. Påverkas din sömn av dina symtom? | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| 35. Fick du dina besvär akut (plötsligt)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Har du haft liknade besvär tidigare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Har dina symtom förändrats i sin karaktär? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Gör det ont när du hostar eller nyser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Påverkar dina symtom dina dagliga rutiner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Har röntgen, MRT eller CT gjorts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Är det något som lindrar dina symtom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Har du fått någon behandling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Är det något speciellt moment som ger mer symtom?

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| sittande <input type="checkbox"/> | i rörelse <input type="checkbox"/> | stående <input type="checkbox"/> | liggande <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

40. När har du som mest symtom?

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| på morgonen <input type="checkbox"/> | på dagen <input type="checkbox"/> | på kvällen <input type="checkbox"/> | på natten <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

41. Hur ofta har du dina symtom?

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| varje dag <input type="checkbox"/> | de flesta dagarna i veckan <input type="checkbox"/> | några dagar i veckan <input type="checkbox"/> | några dagar per månad <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|---|---|--|

Övriga frågor om din hälsosituation

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 42. Röker du? | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| 43. Motionerar du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Upplever du dig stressad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besvaras bara av kvinnor:

45. Är du gravid?

Datum: _____ **Din underskrift:** _____