



FÖR DIN OCH MIN SÄKERHET, är det viktigt att jag får kunskap om din nuvarande hälsa, i synnerhet om det är första gången du ska behandlas hos mig. Jag ber dig därför fylla i denna hälsodeklaration. Fyll i digitalt och skicka till mig via e-post (lotta@salenskiropraktik.se) eller skriv ut och överlämna till mig när vi ses.

PERSONUPPGIFTER	
Namn:	Personnummer:
Adress (där du är mantalsskriven):	Postadress:
Telefonnummer:	E-post:

Har du under de senaste tio åren haft någon av följande sjukdomar eller problem? Kryssa ja eller nej.

HJÄRT- OCH KÄRLSJKDOM

	Ja	Nej
Högt blodtryck		
Lågt blodtryck		
Hjärtinfarkt		
Kärlkramp		
Åderbräck		
Blödarsjuka		
Näsblod		
Blodpropp		
Frusenhet		
Lätt att få blåmärken		

INFEKTIONER

	Ja	Nej
Täta förkylningar		
Nattsvetteningar		
Öronsus		
Öroninflammation		
Hörselnedsättning		
Bihåleproblem		
Ofta ont i halsen		
Svullna lymfkörtlar		
Svalgproblem		

INVÄRTES SJUKDOMAR

	Ja	Nej
Urinvägsproblem		
Mens/prostataproblem		
Mag- tarmbesvär		
Gaser/förstoppning		
Diaré		
Buksmärtor		
Gallbesvär		
Halsbränna		
Illamående		
Lever- eller njursjukdom		
Diabetes		

ANDNING & LUFTVÄGAR

	Ja	Nej
Andfäddhet		
Kronisk hosta		
Lungsjukdom		
Andningssvårigheter		
Pip i bröstet		
Astma		

MUSKEL- & LEDPROBLEM

	Ja	Nej
Benbrott		
Ledskada		
Stukning/vrickning		
Muskelkramp		
Höft/knä/fotproblem		
Svullna leder		
Ledsjukdomar		
Skelettsjukdom		
Reumatism		
Käkledsbesvär		
Tandgnissling		

ÖVRIGT

	Ja	Nej
Huvudvärk/migrän		
Yrsel		
Operationer		
Olycka med skada		
Röntgen av ryggen		
Sömnsvårigheter		
Tumör		
Viktökning/minskning		
Hudsjukdomar		
Smakbortfall		
Synbortfall		
Allergier		

PÅGÅENDE MEDICINERING

Medicinens namn:

ANNAT VIKTIGT

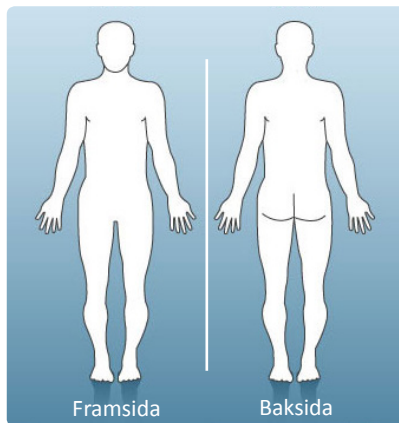
Fortsättning på nästa sida



Vilka nuvarande problem upplever du?

VÄRK/SMÄRTA I:

- Nacke/Huvud
- Axlar
- Armar
- Händer
- Mellan skulderbladen
- Mitten av ryggen
- Ländrygg (längst ned)
- Höft
- Ben
- Knä
- Vrist
- Fot



Markera var på kroppen
(ej möjligt digitalt)

Hur länge har du haft problemet/problemen? _____

Hur uppkom problemet?

När känns det som värst? (Morgon, kväll, mitt på dagen, under natten.) _____

När känns det som värst? (I rörelse, stillasittande, liggande, stående eller annat.)

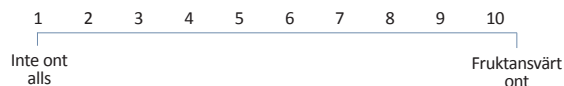
Vad upplever du kan lindra smärtan?

Märker du av känselbortfall och domningar? I så fall var på kroppen? _____

Hur känns smärtan/värken? Molande, huggande, krampande, strålande, brännande, domnande eller stickande?

På en skala mellan 1-10, hur kraftig är värken/smärtan?

Markera den siffra som stämmer bäst in på din upplevelse.



Härmed intygar jag att de uppgifter jag lämnat i hälsodeklarationen är sanningsenliga:

Ort och datum

Namnteckning

(Om du fyller i formuläret digitalt, får du underteckna när vi ses.)