

## Velkommen til Voss Kiropraktorkontor

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr (11 siffer): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr og stad: \_\_\_\_\_

Tlf heime: \_\_\_\_\_ Arbeid: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_ Fastlege : \_\_\_\_\_

Arbeidsgjevar: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Avdeling: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_ Stillingsprosent: \_\_\_\_\_

Føresette (om du er under 18 år): \_\_\_\_\_

Næraste pårørande: \_\_\_\_\_ Relasjon: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

**Venlegast fyll ut dette skjemaet så godt du kan. Det vil hjelpe oss å hjelpe deg! Kryss av det som høver ved " Nei  Ja" og beskriv så godt du kan.  
OBS: Kjem du pga skade eller ulukke, be om å få skjema særleg for det.**

Kvar er eventuelle plager/smerter lokalisert: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kor ofte får du vondt (konstant, dagleg, kvar veke, kvar mnd osv): \_\_\_\_\_

Beskriv kva type smerter du har (brenning, sviing, murring, verking, osv): \_\_\_\_\_

Kva forverrar smertene: \_\_\_\_\_ Kva gjer deg betre: \_\_\_\_\_

Kom det akutt eller over tid: \_\_\_\_\_ Er du sjukemeld no? \_\_\_\_\_ I tilfelle, kor lenge? \_\_\_\_\_

Eventuell årsak: \_\_\_\_\_ Kor lenge har du hatt det: \_\_\_\_\_

Andre behandlingsformer du har prøvd: \_\_\_\_\_

Smerter du har no målt på ein skala frå 0-10 der 0 er ingen smerter og 10 er det verste du kan tenke deg.

0-----10 (sett kryss med nummer)

**Merk av alle områder med plager:**



Sjukdomar?  Nei  Ja, fyll inn:

Sjukdomar	Behandling	Dato
1.		
2.		
3.		
4.		

Operasjonar?  Nei  Ja, fyll inn:

Operasjonar	Årsak	Dato
1.		
2.		
3.		
4.		

Ulukker?  Nei  Ja, fyll inn:

Ulukker (beinbrott, fall, bil, jobb, sport)	Dato	Eventuelle røntgen funn	Eventuell behandling
1.			
2.			
3.			
4.			

Medikament?  Nei  Ja, fyll inn:

Medikament	Årsak	Dagleg	v/behov
1.			
2.			
3.			
4.			

Røntgen, MR, CT eller ultralyd undersøkingar?  Nei  Ja, fyll inn:

Område	MR/CT/UL	Årsak	Eventuelle funn	Dato	Sjukehus/Institutt
1.					
2.					
3.					
4.					

**Me har nytt digitalt røntgenapparat ved vår klinikk. Ved den kliniske undersøkinga vert det vurdert om røntgen er nyttig for deg. Røntgen bør unngåas ved graviditet.**

Er du gravid?  Nei  Ja Termin: \_\_\_\_\_ Bruker du p-piller eller hormonspiral?  Nei  Ja

**Livsstil:**

Kor mange timar sit du per dag ( PC, TV, bil, mm) ? \_\_\_\_\_ Trenar du regelmessig?  Nei  Ja

Type trening: \_\_\_\_\_

Bruker du tobakk?  Aldri  Dagleg  Kvar veke  Kvar månad  Årleg

Kaffikoppar per veke:  0  1-2  3-5  >5 Brus, antall 0,5L per veke:  0  1-2  3-5  >5

Alkohol, antall glas per veke:  0  1-2  3-5  >5

Kunstige søtningstoff (serleg i sukkerfrie produkt som t.d. lett brus, tyggis, drops, mm):  Nei  Ja

**Kryss av om du er hyppig/kronisk plaga av desse symptoma:**

Symptom	Kryss når "Ja"	Symptom	Kryss når "Ja"
Vekt tap		Smerter i brystet	
Vekt auke		Kronisk hoste	
Sliten		Tungpusta	
Feber		Høgt blodtrykk	
Nervøsitet/angst		Lavt blodtrykk	
Depresjon		Dårleg sirkulasjon	
Hovudverk		Slag	
Svimmelheit		Hovne anklar	
Søvnmangel		Følsam hud	
Magesmerter		Får lett blåmerker	
Treg mage		Tørr hud	
Diare		Hud kløe	
Kvalme		Eksem/Utslett	
Oppkast		Øyresmerter	
Dårleg appetitt		Redusert hørsel	
Hemorroider		Tinnitus/susing i øyrene	
Dårleg fordøyelse		Allergiar	
Biholebetennelse		Astma	
Sår hals		PMS/ Mens plager	
Forkjøling		Anna:	

Har du vore hjå kiropraktor før?  Nei  Ja I tilfelle, kven? \_\_\_\_\_

Korleis høyrde du om oss: \_\_\_\_\_

Kva er målet ditt med denne behandlinga (smertefri, betre rørsle, auka idretts glede, betre helse, vedlikehaldsbehandling, meir overskot, osb): \_\_\_\_\_

Eventuell anna informasjon som du føler er viktig:

**TAKK!**