

Namn: _____

Födelseår: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Mail: _____

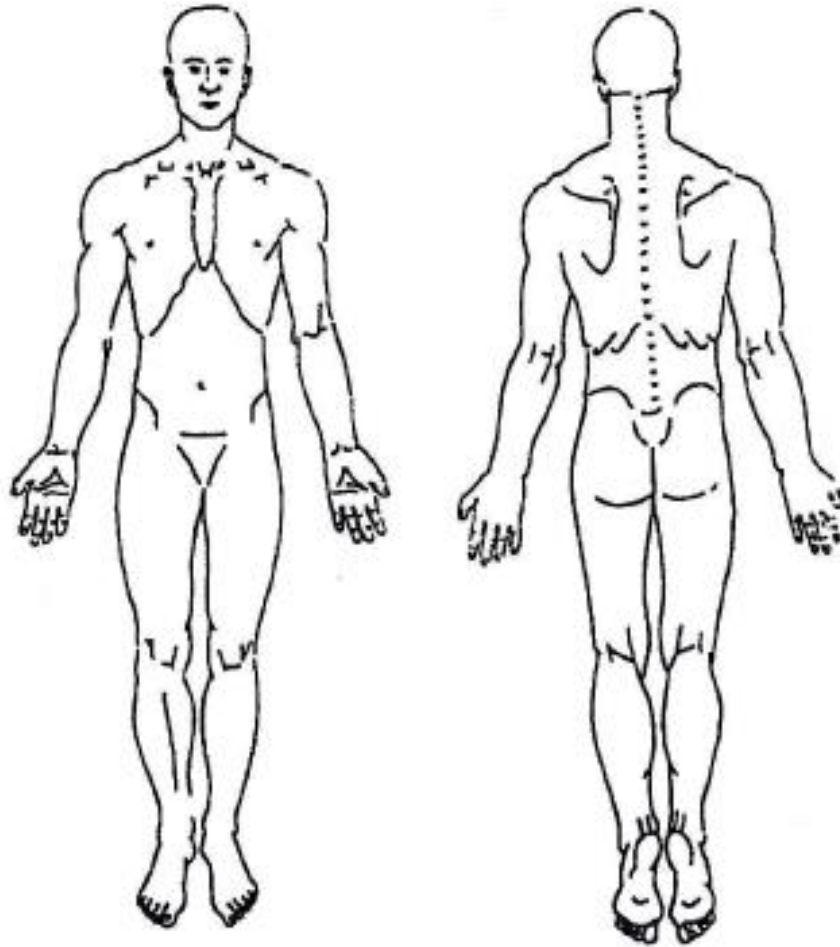
Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Har du nu, eller tidigare haft någon av följande sjukdomar eller tillstånd?

	Ja	Nej
Allergi		
Astma / Andningsbesvär		
Blödningsbenägen		
Högt / Lågt blodtryck		
Återkommande huvudvärk / migrän		
Tinnitus		
Yrsel		
Pågående eller avslutad infektion / feber		
Är du gravid?		
Skelettskador, ange var?		
Använder du regelbundet medicin, ange för vad:		
Behandlas du för närvarande för något besvär eller sjukdom, ange vad:		
Har du någon annan sjukdom eller besvär? Om ja, ange vilken:		

Markera på figurerna nedan var du har smärtor eller problem



Ringa in de beskrivningar som bäst stämmer in på dina smärtekänningar

Molande Huggande Krampande Domningar Utstrålande

Markera på linjen nedan hur du upplever din smärta

Ingen smärta _____ Outhärdlig

Övriga kommentarer:

Datum: _____ Underskrift: _____