

ANAMNESE

Dato: _____

Patientdata

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Adresse: _____ Post nr: _____

Tlf.nr.: Hjemme: _____ Arbejde: _____

E-mail: _____

Tidligere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut

Har du tidligere fået behandling? Nej: _ Ja: _ Hvor/hvornår? _____

Er du tidligere blevet røntgenfotograferet? Nej: _ Ja: _ Hvor/hvornår? _____

Er du tidligere blevet scannet? Nej: _ Ja: _ Hvor/hvornår? _____

Hvem har fortalt dig om vores klinik? _____

Årsag til at du søger behandling

Primær årsag: _____

Andre årsager: _____

Dit primære problem

Hvor er dit problem lokaliseret: _____

Beskriv dine symptomer: _____

Hvad har forårsaget dit problem: _____

Hvornår begyndte det: _____

Kan du følge dine symptomer til andre steder på kroppen-hvis ja, hvor: _____

Har du nedsat eller snurrende/prikkende følelse: _____

Har der været ændring i dine symptomer siden de opstod: _____

Kan du gøre det være-hvis ja, hvordan: _____

Kan du lindre det-hvis ja, hvordan: _____

Påvirker problemet din dagligdag eller søvn: _____

Har du oplevet ændret blærefunktion: _____

Har du oplevet uforklarligt vægttab den seneste tid: _____

Modtager du pt. Anden behandling for dit problem: _____

Andet

Tidligere skader/traumer/operationer: _____

Allergi/høfeber/astma: _____

Tager du medicin-hvis ja, for hvad: _____

Graviditeter/fødsler-hvornår: _____

Findes der tilsvarende problem hos familiemedlemmer: _____