

Arbejde og fritid

Nuværende beskæftigelse: _____ Uddannelse: _____

Evt. tidligere beskæftigelse med hårde/tunge løft eller gentagelser:

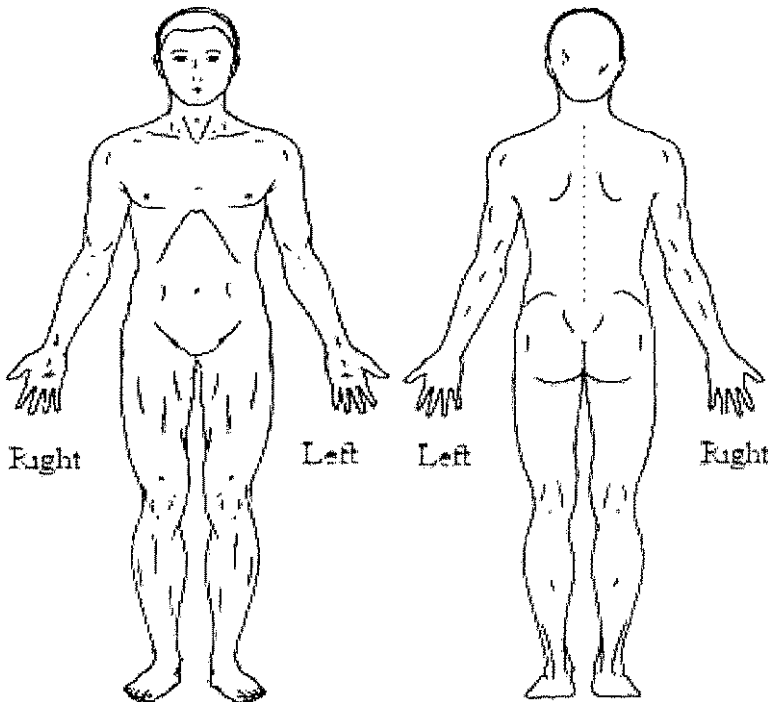
Fritidsaktiviteter/motion: _____

Tager du vitaminer/naturmedicin-hvis ja, hvilke: _____

Ryger du: _____

Hvor på kroppen?

Sæt ring om det tal; der svarer bedst til den smerte du føler nu. **10** er den værste smerte du endnu har følt, **0** betyder ingen smerte. Marker områder med smerter på tegningen.



Smerter i **nakke**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter i **skulder/arm**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter i **ryg**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter i **lænd**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter i **hoft/ben**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter i **ankel/fod**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerter **andre steder**

Hvor: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sæt ring om det udsagn, der bedst beskriver dine smerter

Dyb ømhed

Skarpe jag

Brændende

Pulserende

Dyb borende

Snurrende/Prikkende

Stivhed

Andet: _____

Hvornår er dine smerter værst

Morgen

Eftermiddag

Aften

Nat

Jeg er indforstået med, at klinikken må indhente relevante helbredsoplysninger fra andre behandlere/sygehuse samt kommunikation med egen læge.

Patientens underskrift _____ Dato: _____

