



INNTAKSSKJEMA

Navn: _____ Personnr: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Adresse: _____ Postnr: _____

Pårørende m/ mobil: _____ Telefon privat: _____

E-post privat: _____ Fastlege: _____

Hvordan fikk du vite om klinikken: _____

- Familie/bekjente Google/internett Facebook Bor i nærheten
 Forsikring Lege (spesifiser) Annonse avis Brosjyre/annen reklame

Yrke: _____ Stillingsprosent, timer/uke: _____

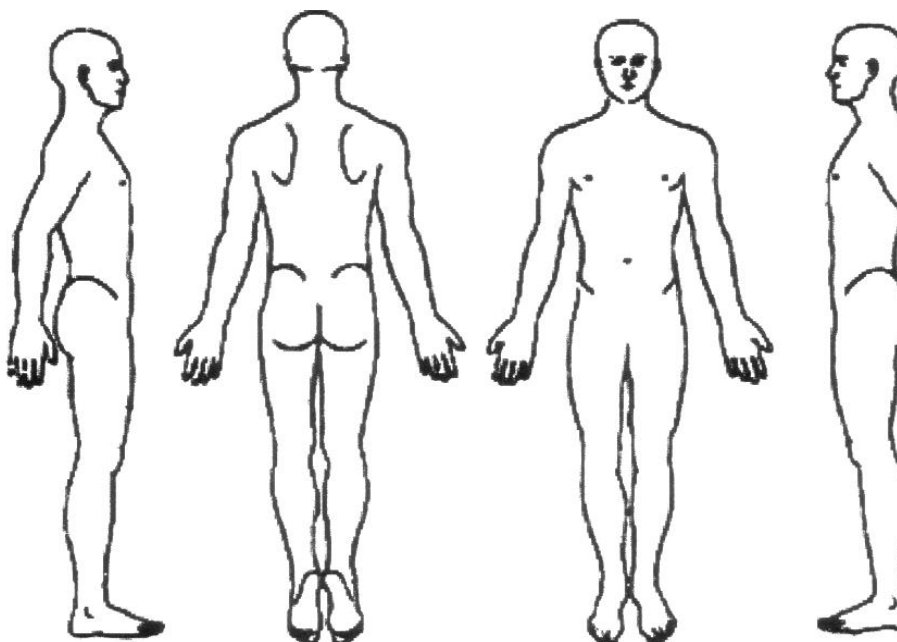
Arb.giver: _____ Adresse/postnr: _____

Hva er hovedgrunnen til at du oppsøker kiropraktor? _____

Hva utløste plagene? _____

Hvor lenge har du hatt plagene? _____

Dersom du har smerter, vennligst marker disse på figuren med X:



Hva forværrer symptomene:

- Sitte
 Reise seg
 Gå
 Stå
 Ligge: rygg/mage/hø/ve
 Hoste/nyse
 Værforandring
 Stiv om morgningen
 Nattsmerter
 Annet: _____

Hva forbedrer symptomene:

- _____

Kryss av i rubrikkene for **symptomer** og **sykdommer** du har eller nylig har hatt:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nakkesmerter | <input type="checkbox"/> Hoftesmerter | <input type="checkbox"/> Høyt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Nervøsitet/irritabilitet |
| <input type="checkbox"/> Ryggsmerter | <input type="checkbox"/> Lyskesmerter | <input type="checkbox"/> Lavt stoffskifte | <input type="checkbox"/> Psykiske plager |
| <input type="checkbox"/> Stiv nakke | <input type="checkbox"/> Kjevesmerter | <input type="checkbox"/> Øresus | <input type="checkbox"/> Depresjon |
| <input type="checkbox"/> Stiv rygg | <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Magesmerter | <input type="checkbox"/> Søvnproblemer |
| <input type="checkbox"/> Knesmerter | <input type="checkbox"/> Hodepine | <input type="checkbox"/> Diare | <input type="checkbox"/> Rusproblemer |
| <input type="checkbox"/> Ben/fotsmerter | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Urinveisinfeksjoner |
| <input type="checkbox"/> Arm/håndsmert | <input type="checkbox"/> Kortpustet | <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Menstruasjonsmerter |
| <input type="checkbox"/> Nummen i ben/fot | <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdom | <input type="checkbox"/> Revmatiske plager | <input type="checkbox"/> Ufrivillig vekttap |
| <input type="checkbox"/> Nummen i arm/hånd | <input type="checkbox"/> Hjerneslag | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Kreft |
| <input type="checkbox"/> Skuldersmerter | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Multipelsklerose(MS) |
| <input type="checkbox"/> Brystsmerter | <input type="checkbox"/> Lavt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsi |

Andre, spesifiser: _____

Smerteskala (VAS) hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte, hvor vondt har du gjennomsnittlig hatt det de siste 2 dagene?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidligere skader (trafikkulykke, fall, brudd, idrettskader e.l.): _____

Sykehusopphold (sykdom, operasjoner e.l.): _____

Bruker du medisiner? Nei Ja Hvis ja, hvilke medisiner og hvorfor:

Tidligere undersøkelse:

Røntgen CT-røntgen MR Andre

Kommentar: _____

Tidligere behandling:

Kiropraktikk Fysioterapi Manuell terapi Akupunktur Homeopati

Annen behandling, spesifiser: _____

Hva gjør du for å ta vare på din helse ? _____

Samtykker du til at vi sender relevant informasjon/epikrise til din fastlege: JA NEI

Dine helseopplysninger vil kun bli brukt som ledd i behandlingen, vi har taushetsplikt og vil ikke utlevere informasjon uten ditt samtykke.

Samtykker du til at vi sender ut informasjon om dine timer, åpningstider o.l. på e-post JA NEI
Timer som ikke avbestilles innen 24 timer arbeidsdagen før, må betales i sin helhet.

Dato: _____ Signatur: _____