

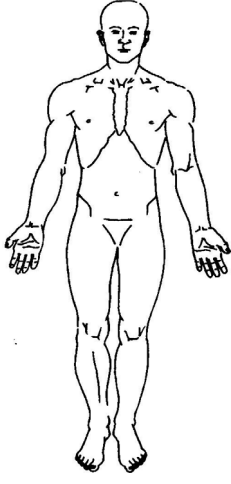
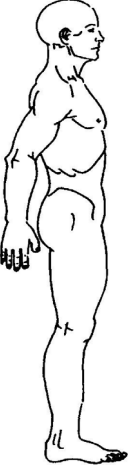

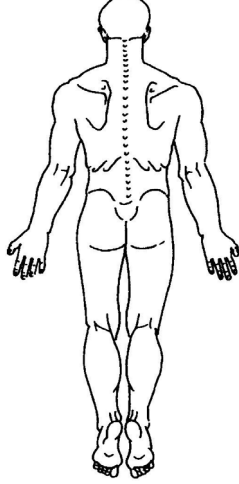
HÄLSODEKLARATION

Datum:		Kön:	
Namn:		Personnr:	
Adress:	Postnr:	Ort	
Tel bost:	Tel arb/mob:	Yrke:	
Familj/barn:	Fritid/hobby:	Företag:	
Email adress:	Längd:	Vikt:	

För att vi ska kunna hjälpa Dig på bästa och säkra sätt är det viktigt att Ni besvarar följande frågor:

Har Ni nu, eller tidigare haft, något av följande sjukdomar eller problemtillstånd? **Kryssa i en av rutorna.**

Hjärt-/kärlsjukdomar	Ja	Nej	Andning/luftvägar	Ja	Nej
1. Högt/lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bröstmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.Kronisk hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.Andningssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.Pip i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blödarsjuka, ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Näsblod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskel och ledproblem	Ja	Nej
9. Frusenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Benbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Lätt att få blåmärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39.Ledskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			40.Stukning/vrickning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektioner	Ja	Nej	41.Muskelkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Täta förkylningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42.Höft-/knä-/fotproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Nattsvettningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43.Svullna leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Öronsus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44.Ledsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Öroninflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.Skelettsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.Reumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Bihåleproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.Käkledsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Ofta ont i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.Tandgnissling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Svullna lymfkörtlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.Svalgproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övrigt	Ja	Nej
			49.Huvudvärk/migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invärtes sjukdomar	Ja	Nej	50.Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Urinvägsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51.Operationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Mens-/prostatabesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52.Olycka med skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Mag-/tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53.Röntgen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Gaser/förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55.Tumör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Buksmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56.Viktökning/minskning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Gallbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57.Hudsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Halsbränna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58.Smakbortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59.Synbortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Lever-/njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60.Allergier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61.Epilepsi, krampanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Övriga					

62. Pågående medicinering:	63. Övriga sjukdomar:
64. Senaste hälsundersökningen:	65. Rökare/Hur många per dag?:
66. Har Du tidigare blivit behandlad av: kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, annan?:	
<p>Smärtbeskrivning och beskrivning av nuvarande problem:</p> <p>67. Var har Du ont (Flera alternativ)? Rita gärna också på bilderna: (1. Nacke, 2. Axlar, 3. Armar, 4. Hand, 5. Bröstrygg, 6. Ländrygg, 7. Bäckén, 8. Höft, 9. Ben, 10. Knä, 11. Vrist, 12. Fot)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">     </div>	
68. Debut – datum/tid?:	69. Debuthändelse?:
70. När är det värst?: (1. Morgon, 2. Kväll, 3. Mitt på dagen, 4. Nat	71. Progress?: (Från debut – sämre el. bättre med tiden)
72. Gör det ont under...: (1. rörelse, 2. stillasittande, 3. liggande, 4. stående, 5. annat)	73. Dygnsvariation?:
74. Har Du känselbortfall/domningar?	75. Gör det ont när Du hostar eller nyser?
76. Lindras smärtan av något?	
77. Beskriv smärtans karaktär/intensitet (Flera alternativ): (1. Molande/Värkande, 2. Huggande, 3. Krampan	
78. Kryssa i styrkan av smärtupplevelsen.	
0% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 100%	

**Ändring av bokad tid skall ske snarast, dock senast 24 timmar före behandling.
Debitering sker annars med full taxa.**

Jag har noggrant fyllt i ovanstående frågor samt tagit del av ovanstående information.
Jag godkänner att mina uppgifter lagras för klinikens användning.

.....
Patientens underskrift

.....
Datum