

Fastlege: _____ Hvordan fikk du vite om klinikken: _____

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

Arb.giver: _____ Adresse/postnr: _____

Hvor lenge har du hatt plagene? _____

Four line drawings of a human figure from different perspectives: left profile, back, front, and right profile.

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

☐ _____

☐ _____

☐ _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerte					Verst tenkelige smerte					

SNU ARKET

Symptomer og sykdommer du har eller nylig har hatt:

☐ Nakkesmerter	☐ Hoftesmerter	☐ Høyt stoffskifte	☐ Nervøsitet/irritabilitet
☐ Ryggsmert	☐ Lyskesmerter	☐ Lavt stoffskifte	☐ Psykiske plager
☐ Stiv nakke	☐ Kjevesmerter	☐ Øresus	☐ Depresjon
☐ Stiv rygg	☐ Svimmelhet	☐ Magesmerter	☐ Søvnproblemer
☐ Knesmerter	☐ Hodepine	☐ Diare	☐ Rusproblemer
☐ Ben/fotsmerter	☐ Synsforstyrrelser	☐ Forstoppelse	☐ Urinveisinfeksjoner
☐ Arm/håndsmert	☐ Kortpustet	☐ Allergi	☐ Menstruasjonssmerter
☐ Nummen i ben/fot	☐ Hjerte/karsykdom	☐ Revmatiske plager	☐ Ufrivillig vekttap
☐ Nummen i arm/hånd	☐ Hjerneslag	☐ Psoriasis	☐ Kreft
☐ Skuldersmerter	☐ Høyt blodtrykk	☐ Diabetes	☐ Multipelsklerose(MS)
☐ Brystsmert	☐ Lavt blodtrykk	☐ Asthma	☐ Epilepsi
☐ Andre, spesifiser: _____			

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

Funn/kommentar: _____

Tidligere behandling:

☐ Kiropraktikk ☐ Fysioterapi ☐ Manuell terapi ☐ Akupunktur ☐ Massasje

☐ Annen behandling, spesifiser: _____

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

Samtykker du til at vi:

- deler relevant informasjon med andre behandlere du bruker/fastlege: JA ☐ NEI ☐
- sender informasjon til deg på SMS/e-post (timer, åpningstider, oppfølging ifm behandling etc) JA ☐ NEI ☐

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

Timer som ikke avbestilles innen 24 timer arbeidsdagen før, må betales i sin helhet.

Dato: _____ Signatur: _____

SNU ARKET