

## Hälsodeklaration inför ditt Sjukgymnastbesök

Datum.....

Namn:.....

Personnr.....

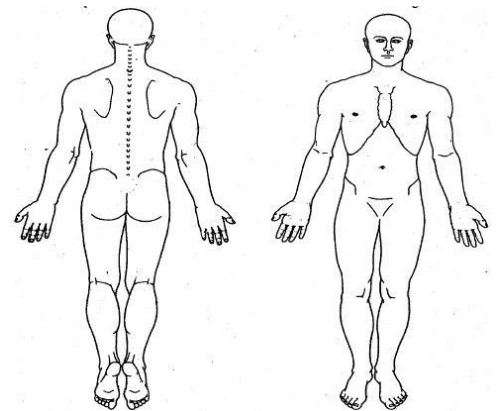
Typ av besvär:.....

Haft besvär sedan.....

Är det första gången du har denna typ av besvär?

Ja  Nej

Ange besvärens utbredning i modellen till höger →



Om du har smärta, vilken siffra skulle du då skatta den till på en skala 0-10?

0= Ingen smärta 10= Värsta tänkbara smärta

.....

Mina symptom blir bättre av.....

Mina symptom blir sämre av.....

Mina symptom är värst på

Morgon  Middag  Kväll/Natt  Ingen dygnsvariation

Sysselsättning.....

Fysisk Aktivitet/träningsvanor.....

Hur många timmar per dygn spenderar du i sittande? .....

**Har du/ har du haft någon av följande sjukdomar/ tillstånd?**

*Vänligen kryssa i de alternativ som är aktuella för dig*

1. Hjärt-/ kärlsjukdom (infarkt, blodpropp, åderbräck)

2. Diabetes

3. Ledsjukdom (reumatism eller liknande)

4. Elakartad tumör (cancer)

5. Blodsjukdom

6. Tuberkulos

7. Högt eller lågt blodtryck

8. Skelettskador? Benskörhet

9. Har du någon annan sjukdom

10. Har du blivit opererad

11. Har din vikt förändrats utan anledning

12. Har du ätit cortison under en längre tid

13. Använder du regelbundet mediciner? Vilka? Fyll i på raden nedan.

.....

14. Behandlas du för närvarande av annan läkare/ terapeut? Ja  Nej

15. Röker du  Ja  Nej

16. Anser du dig vara frisk bortsett från den åkomma du söker för? Ja  Nej