

Välkommen till Bromma Fysioterapi

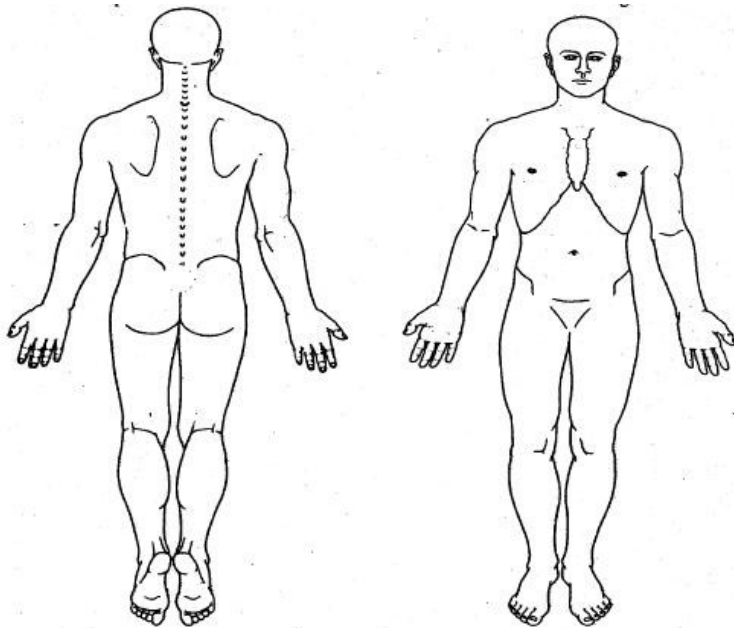
Namn: _____ Personnr: _____

Datum: _____ Telefonnr: _____

Email: _____

Besvär:

Markera på bilden var du har ont.



Beskriv din smärta: (Tex när besväras du mest av smärta, vid någon aktivitet eller rörelse. Är det mest besvärligt på natten, morgonen, eftermiddagen?)

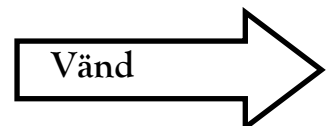
Beskriv för dig tre viktiga aktiviteter som du har problem med att utföra eller inte kan utföra alls pga dina besvär. Ange den siffra på skalan som svarar mot din förmåga att utföra aktiviteten.

0= kan inte utföra aktiviteten. 10= kan utföra aktiviteten obehindrat eller som före skada/
Sjukdom

1) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Din hälsa:

Läkarkontakt: _____

Utredningar tex rtg/MR: _____

Mediciner: _____

Känner du dig frisk i övrigt: Ja Nej

Andra sjukdomar/skador: _____

Tidigare/annan behandling: _____

Arbete: _____

Sjukskrivning: Ja Nej Om ja, heltid: deltid: Annat:

Träning/motion

Ej fysisk aktiv : Normalt fysisk aktiv Mycket fysisk aktiv

Känner du dig stressad Ja Nej

Röker du? Ja Nej Slutat

Snusar du? Ja Nej Slutat

Alkoholvanor: dricker mycket Dricker måttligt Dricker ej

Matvanor: Dåliga matvanor Normala matvanor Goda matvanor

Målsättning:

Vad har du för förväntning på besöket hos fysioterapeuten?

