

# MODEL – efter behandling

Hvor ondt har du nu efter behandling? .....  
På en skala fra 1-10, hvor 10 er uudholdeligt ondt.

Hvad har behandlingen ændret i forhold til:

A. Dit arbejde:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

B. Din fremtid:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

C. Din søvn:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

D. Dit humør:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

E. Andet:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hvis du tager smertestillende medicin,  
har dit medicinforbrug da ændret sig?

- ..... Nej
- ..... Ja, jeg tager mindre
- ..... Ja, jeg tager mere

Alder: .....

Navn:.....  
.....

Adresse:.....  
.....  
.....

e-mail: .....

Telefon: .....

Arbejde/profession:.....

Tidligere arbejde/profession.....



Søndergade 15 · 8600 Silkeborg · info@kst-akademiet.dk