

MODEL

Hvor har du ondt?

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

Hvor ondt har du?

På en skala fra 1-10, hvor 10 er uudholdeligt ondt.

Har du været impliceret i en ulykke?

.....
.....

Evt. andre årsager til dine smerter?

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

Hvor længe har du haft ondt?.....

Hvad betyder det for din hverdag?

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

Hvordan påvirker det dit arbejde og din fritid?

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

Hvilken behandling har du fået, eller får du?

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

Hvornår?

Får du medicin?.....

Hvilket udbytte har du evt. fået af behandlingen?

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

Alder:

Navn:.....

Adresse:.....

e-mail:

Telefon:

Arbejde/profession:.....

Tidligere arbejde/profession:

**SEND VENLIGST DET UDFYLDTE SKEMA
RETUR, INDEN DU SKAL TIL BEHANDLING**



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