Hvor har du ondt?

**MODEL**

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

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

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