

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.....

