

Røntgen, dato: .....

Pasient nr.: .....

Konsultasjon, dato: .....



### Kontaktinformasjon

Navn: ..... Personnummer: .....

Adresse: ..... Postnummer: ..... Poststed: .....

Telefon: ..... E-post: .....

Kjønn:  mann  kvinne), Sivilstatus: ..... Barn:  ja  nei, antall: .....

Yrke: ..... Arbeidsgiver: .....

Hvordan hørte du om oss? Annonse, andre kunder. ....

Jobb. Trives du på jobben? .....

Arbeidsstilling/type bevegelse på jobben;  sitter  står  bøyer/vridning  bærer verktøy/utstyr  tunge løft.

Er du ofte borte fra jobb grunnet egen sykdom? .....

Er du sykemeldt pr i dag? .....

All informasjon behandles konfidensielt. Opplysningene brukes som grunnlag for videre oppfølging.

## Vaner og livsstil

### Fysisk aktivitet

1. Hvor ofte får du tid til å trene? .....

a. Hvor mange ganger pr uke? .....

2. Fysisk aktivitetsnivå

a. Høy intensitet (fysisk arbeid og trening) .....

b. Medium intensitet (fysisk arbeid eller trening) .....

c. Lav intensitet (stasjonærarbeid og ingen spesifikk trening) .....

3. Ønsker du å øke det ukentlige aktivitetsnivået?  ja  nei

4. Er du klar over/interessert i fordelene med regelmessig fysisk aktivitet?

### Stress

1. Har du en livsstil som er negativ for helsen din?  ja  nei

2. Hvis ja, hva vil du si bidrar mest til dette?

a. Forklar. ....

3. Har du vært sykemeldt på grunn av stress?  ja  nei

a. Hvis ja, forklar. ....

4. Har du opplevd at stress har påvirket din.

a. Fysisk helse?  ja  nei

b. Livskvalitet?  ja  nei

### Søvn

1. Får du en god natts søvn?  ja  nei

a. Hvis nei, hva er årsaken til din dårlige søvn? .....

2. Påvirker kvaliteten på søvn andre områder i livet ditt?  ja  nei

a. Hvis ja, forklar. ....

3. Alder på din madrass (år) og type madrass .....

4. Alder på hodepute (år) og type pute .....

## Vaner og livsstil fortsetter

### Ernæring

1. Prøver du å spise sunt?  ja  nei
2. Har du opplevd problemer som kan knyttes til kosthold,  
a. tretthet, overvekt, undervekt, humørsvingninger, andre? .....
- b. Hvis ja, forklar .....

### Alkohol

1. Driker du alkohol?  ja  nei
2. Hvis ja, hvor mange drinker pr uke? .....

### Tobakk

1. Røyker du eller bruker snus?  ja  nei
2. Hvis ja, hvor mange sigaretter pr uke? Hvor mye snus pr uke? .....

### Nåværende helsestatus

Beskriv din viktigste helseplage. ....

Hva setter du mest pris på ved helsen din? .....

Beskriv hvordan du føler deg akkurat nå, husk å ta med alt som påvirker graden av velvære/trivsel, merk av på skalaen

Bunn ----- Topp

### Generelt

Har du vært i noen ulykker eller hatt noen skader? .....

Operasjoner? .....

Medisiner? .....

Hvis du har nåværende smerter i kroppen, beskriv det så grundig som mulig, det hjelper oss med å fastsette en passende helseoppfølgingsplan, og om det er noen områder som er spesielt viktig for kiropraktoren vår å se på.

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

løv  dull  muskelkramper  brennende eller stikkende følelse  skarp  nummenhet  ømme punkter

Marker i figuren nedenfor med plassering og type ubehag du opplever.

Murrende

~ ~ ~ ~  
~ ~ ~ ~

Brennende

x x  
x x x

Stikkende

⋮  
⋮

Skjærende

/// ///  
/// ///

Muskelkrampe

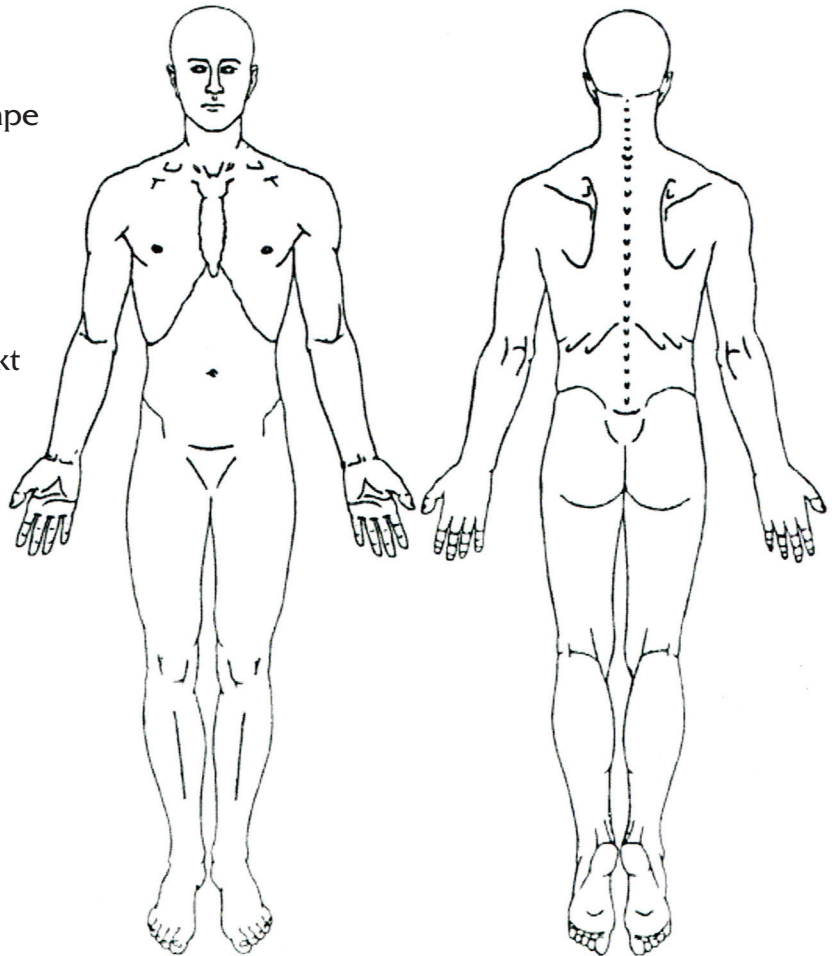
S S S S  
S S S S

Dovent

☐ ☐ ☐  
☐ ☐ ☐

Ømme punkt

○ ○ ○ ○  
○ ○



Hvor ofte har du smerten?

- Hele tiden       4-5 ganger i uken  
 1-4 ganger i måneden       1-6 ganger i året

Påvirker smerte deg i forhold til:

jobb

ja     nei

søvn

ja     nei

fritid

ja     nei

daglige rutiner?

ja     nei

Opplever du smerte når du

sitter

ja     nei

står

ja     nei

går

ja     nei

bøyer deg

ja     nei

ligger

ja     nei

Har du mottatt behandling for dine helseplager?

ja     nei

-Hvis ja, typer av behandling og var det nyttig? .....

## Helseplager/symptomer og sykdom

Kryss av under for eventuelle helseplager du har eller har hatt.

nei/aldri  
iblandt  
ja/ofte

### Generelt:

- allergi  
   svimmelhet  
   besvimelse  
   hodepine  
   dobbeltsyn  
   nervesmerte  
   nummenhet

### Muskler og ledd:

- reumatisme  
   gikt  
   fotproblemer  
   leddbetennelse  
   rygg smerter  
   smerter eller stivhet i nakke  
   smerter i bryst eller overdel rygg

### Smerter, nummenhet:

- ansikt  
   skuldre  
   armer  
   albuer  
   hender  
   hofter  
   bein  
   knær  
   føtter

nei/aldri  
iblandt  
ja/ofte

### Mage/tarm:

- tarmsykdommer  
   treg mage  
   løs mage  
   halsbrann/sure oppstøt  
   oppblåst mage  
   gallestein  
   hemoroider  
   leverproblemer  
   magesmerter

### Øyne, Ører, Nese, Hals:

- astma  
   forkjølelse  
   svekket hørsel  
   smerter i øre  
   ørebetennelse  
   øresus  
   smerter i øye  
   sår hals  
   neseblod  
   bihulebetennelse

### Hjerte og karsystem:

- aterosklerose/åreforkalkning  
   høyt blodtrykk  
   lavt blodtrykk  
   høyt kolesterol  
   angina  
   dårlig blodsirkulasjon  
   hjertebank  
   svak puls  
   hovne ankler

nei/aldri  
iblandt  
ja/ofte

### Pust:

- brystmerter  
   kronisk hoste  
   pustevansker  
   spenning i brystet

### Hud:

- tørr hud  
   utslett  
   åreknuter  
   får lett blåmerker

### Blære og nyrer:

- Inkontinens  
   blod i urinen  
   hyppig vannlating  
   urinveisinfeksjon  
   nyrestein/nyreinfeksjon  
   smerte ved vannlating

Bare for menn:

Prostata problemer?

Bare for kvinner:

- Engorgement/  
brystspeng  ja  nei  
menstruasjonsmerter  ja  nei  
uregelmessig menstr.  ja  nei  
kuler i brystene  ja  nei  
overgangssymptomer/  
plager  ja  nei  
utflod  ja  nei

Er du gravid?  ja  nei

Annen sykdom/ tilstand for kunnskap: .....

## Oppvekst

Din fødsel, merk/kryss det som passer:

- sykehus  
 hjemmefødsel  
 normal  
 keisersnitt  
 vakuumsugekopp  
 tang  
 igangsettelse  
 komplikasjoner,

## Detaljer om:

Barndom, merk det som passer:

- morsmelk  
 morsmelkerstatning  
 vaksiner  
 operasjoner  
 medisiner  
 overgrep (fysisk, seksuell, emosjonelle)  
 ulykker/fall/skader  
 dislokasjoner  
 brudd  
 mareritt  
 krabbet før begynte å gå  
 spesiell diett

**Bare for kvinner:**

Fyll ut følgende spørsmål om dine egne svangerskap/fødsler

Har du hatt noen aborter eller spontanaborter?

ja  nei

Vennligst forklar .....

**Tidligere fødsler, merk av det som gjelder siste fødsel**

Babyens leie i tredje trimester:

- hodet ned
- seteleie
- tverrleie,

**Type fødsel:**

- vaginal
- tang
- keisersnitt
- sugekopp/vakuum

**Detaljer om:**

Nåværende svangerskap: .....

Hvor mange uker er du på veg? .....

**Har du planlagt å føde:**

- Hjemme
- fødestue
- Sykehus

**Babyens leie med utbruddet av fødsel:**

- bakhodet først
- rumpa først
- stjernekkere
- ansiktsfødsel'
- panneinnstilling
- hånd ved hodet,

**Tiltak under fødselen**

- medikamenter
- epidural
- tidlig vannavgang
- klipping ved fødsel
- assistert befruktning

**Har du tenkt på at følgende skal være tilstede:**

- Jordmor
- Doula.....
- Sykepleier jordmor
- OB

Har du tenkt å amme barnet?

ja  nei

Hvis ikke, hvorfor? .....

Har du tenkt på å vaksinere barnet?

ja  nei

Forklar: .....

Har du eller har du hatt problemer med menstruasjonssyklus? (smerte, kramper, uregelmessighet, etc)

ja  nei

Hvis ja, beskriv .....

Bruker du for tiden prevensjon?

ja  nei

Hvis ja, hvilke type? .....

## Kiropraktikkerfaring

Har du vært hos en kiropraktor før?  ja  nei

Hvor lenge siden er det du fikk din første kiropraktikkjustering? .....

Hvem var din forrige kiropraktor? .....

Varighet av behandlingen? .....

Grunnen til behandling? .....

Resultater? .....

Hvorfor avsluttet du behandlingen? .....

Med dine egne ord, hva gjør en kiropraktor? .....

Har noen i din familie eller venner fått kiropraktikkbehandling?  ja  nei

Hvis ja, har de brukt kiropraktikk for: vedlikehold av god helse/optimalisering, helseproblemer, eller begge  
.....

Søker du kiropraktikkbehandling for: vedlikehold av god helse/optimalisering, helseproblemer, eller begge  
.....

Dato: ..... Signatur: .....