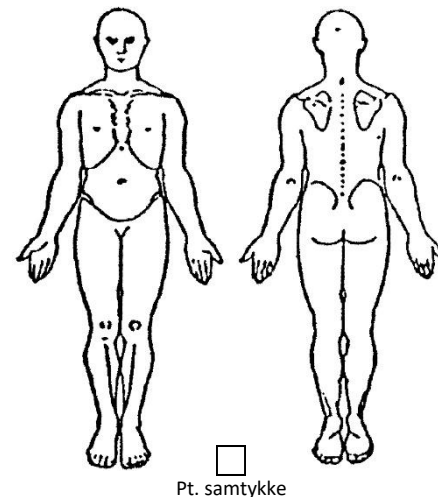


BASIS UNDERSØGELSE:	Behandler:
----------------------------	-------------------

CPR.nr.:	Dato:
Navn:	Køn: M / K
Adresse:	
Telefon:	
Henvist af:	Henvist. dato:
Henvisningsdiagnose:	
Forsikring:	Antal beh.



Anamnese - subjektiv - pt.

Beskriv relevante symptomer:

Til stede siden / /	Bedring / Uændret / Forværring
Begyndte som følge af:	/ Uden grund
Symptomer ved start:	
Konstante symptomer:	

☐ **Cervical columnna:**

Værre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde Stationær / i bevægelse	Dreje	Ligge / Rejse sig
Bedre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde Stationær / i bevægelse	Dreje	Ligge / Rejse sig

☐ **Lumbal columnna:**

Værre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde / Rejse sig Stationær / i bevægelse	Stå	Gå	Ligge / Rejse sig
Bedre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde / Rejse sig Stationær / i bevægelse	Stå	Gå	Ligge / Rejse sig

☐ **Thoracal columnna:**

Værre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde / Rejse sig Stationær / i bevægelse	Dreje hoved / krop	Stå	Ligge
Bedre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde / Rejse sig Stationær / i bevægelse	Dreje hoved / krop	Stå	Ligge

☐ **Over ekstremitetsled:**

Værre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde Stationær / i bevægelse	Dreje hoved Stationær / i bevægelse	Påklædning Søvsn: Mave / Ryg / Side (H) / (V)	Række	Gribe
Bedre:	Foroverbøjning Morgen / I løbet af dagen / Aften Andet:	Sidde Stationær / i bevægelse	Dreje hoved Stationær / i bevægelse	Påklædning Søvsn: Mave / Ryg / Side (H) / (V)	Række	Gribe

☐ **Under ekstremitetsled:**

Værre:	Foroverbøjning	Sidde / Rejse sig / Første skridt	Stå	Gå	Trapper	Hug / Knæ
	Morgen / I løbet af dagen / Aften	Stationær / i bevægelse		Søvn: Mave / Ryg / Side (H) / (V)		
Andet:						
Bedre:	Foroverbøjning	Sidde / Rejse sig / Første skridt	Stå	Gå	Trapper	Hug / Knæ
	Morgen / I løbet af dagen / Aften	Stationær / i bevægelse		Søvn: Mave / Ryg / Side (H) / (V)		
Andet:						

Søvnforstyrrelse:

Tidligere episoder:	JA / NEJ	Liggestilling: Mave / Ryg / Siden (H) / (V)	Madras: Hard / Medium / Normal
Tidligere behandling:	0 1-5 6-10 11+	Første episode årstal:	

Arbejde: Mekanisk belastninger

Fritid: Mekanisk belastninger

Sygemeldt: JA / NEJ

Funktionstab fra nuværende episode

Funktionstab score (0-10) =

VAS score (0-10) =

Narrative overvejelser

SPECIFIKKE SPØRGSMÅL

Svimmel	Tinnitus	Kvalme	Synke	Hoste	Nyse	Bugpresse	Dyb vejrtrækning	+ve/-ve
---------	----------	--------	-------	-------	------	-----------	------------------	---------

Gangfunktion: Normal / Patologisk	Overekstremiteter: Normal / Patologisk
-----------------------------------	--

Medicin: Ingen / NSAID / Analg / Steroider / Anticoag / Anden:

Generelt helbred: Godt / Rimeligt / Dårligt

Billedediagnostik: JA / NEJ

Nyere eller større operationer: JA / NEJ

Natlige smerter: JA / NEJ

Natlige svedeture: JA / NEJ

Uheld: JA / NEJ

Uforklarligt vægttab: JA / NEJ

Infektion: JA / NEJ

Temp. Forskel: JA / NEJ

Blodtryk: Norm. / Højt / Lavt

Gastro

Reuma

CNS

Familiær disposition: JA / NEJ

Andet

Kontraindikation

Psykologiske overvejelser

Specielle hensyn

Kost:

Rygning:

Alkohol:

Motion:

Del-konklusion:

Pt. samtykke: ☐