



Namn: _____ Personnummer: 19__/_/_/-__-__

Telefon-/Mobilnummer: _____ Kön: Kvinna Man _____

1. Berätta lite om dina besvär med egna ord:

2. När började besvären?

<3 månader 3-6 månader 6 månader – 1 år > 1 år

3. Var sitter besvären?

Fingrar/Händer Armbågar/Axlar Höfter/Knän Fötter/Tår Rygg

4. Är dessa leder svullna:

Ja Nej **Ömma:** Ja Nej

5. Hur mår du när du rör på dig?

Bättre Sämre

6. Är du stel på morgonen?

Nej Om Ja, hur länge: _____ minuter.

7. Har du ledvärk/ryggvärk som väcker dig på nätterna?

Nej Om Ja, vilka leder? _____

8. Har du någon/några nära släktingar med en reumatisk eller inflammatorisk sjukdom?

Nej Om Ja, vilken sjukdom: _____

9. Har du några andra sjukdomar?

Nej Om Ja vilka: _____

10. Mediciner som du äter:

11. Har du försökt få hjälp av vård-, jourcentral eller mottagning?

Nej Om Ja var sökte du hjälp? _____

12. Har du fått hjälp av fysioterapeut/naprapat/kiropraktor?

Ja Nej

13. Om du svarat Ja på ovanstående fråga. Samtycker du då att vi tar del av din journal?

Ja Nej

Datum och ort: _____

Din namnteckning: _____