



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: _____