

Ny patienthälsohistoria

Omfattande hälsohistoria för nya kiropraktikpatienter inklusive ryggradshälsa och skadhistoria

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Remissinformation

Hur fick du höra om oss?

☐ Läkaremitering

☐ Vän eller familj

☐ Försäkringsleverantör

☐ Online-sökning

☐ Sociala medier

☐ Övrigt

Primärvård läkare

Läkarens telefonnummer

Huvudsakligt problem

Vad är ditt huvudsakliga skäl för besöket idag? *

Var upplever du smärta eller obehag? *

☐ Huvud / Huvudvärk

☐ Nacke

☐ Övre rygg

☐ Mitten av ryggen

☐ Nedre rygg

☐ Höft

☐ Vänster skuldra

☐ Höger skuldra

☐ Vänster arm/hand

☐ Höger arm/hand

☐ Vänster ben/fot

☐ Höger ben/fot

Nuvarande smärtnivå (0 = ingen smärta, 10 = värsta möjliga smärta) *

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

☐ 9 ☐ 10

Hur skulle du beskriva smärtan?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ Skarp | ☐ Dov/Värk | ☐ Brännande |
| ☐ Pulsande | ☐ Stickande | ☐ Nålstick/Domning |
| ☐ Styvhet | ☐ Konstant | ☐ Intermittent |

När började denna smärta? *

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Idag | ☐ För några dagar sedan | ☐ För några veckor sedan |
| ☐ För några månader sedan | ☐ För mer än ett år sedan | |

Vad orsakade eller utlöste smärtan?

Skad- och olyckshändelser historia

Har du upplevt något av följande?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bil-/trafikolycka | ☐ Arbetsskada | ☐ Sportskada |
| ☐ Utgliding och fall | ☐ Lyftskada | ☐ Pisksnärtskada |
| ☐ Benbrott | ☐ Ryggmärgskörurgi | ☐ Inget av ovanstående |

Ge detaljer om eventuella skador (datum, behandlingar mottagna)

Har du fått kiropraktisk vård tidigare? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv tidigare kiropraktisk behandling och resultat

Medicinska tillstånd

Har du för närvarande eller har diagnosticerats med något av följande tillstånd?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Artrit | ☐ Osteoporos | ☐ Diskbräck eller utbuktning |
| ☐ Ryggmärgskanalstenos | ☐ Skolios | ☐ Fibromyalgi |
| ☐ Diabetes | ☐ Högt blodtryck | ☐ Cancer |
| ☐ Stroke eller TIA | ☐ Pacemaker eller implantat | ☐ Inget av ovanstående |

Nuvarande läkemedel och kosttillskott

Livsstil och dagliga aktiviteter

Yrke

Ditt arbete innefattar främst:

- ☐ Att sitta vid skrivbord ☐ Att stå ☐ Fysiskt arbete
☐ Körning ☐ Blandning av aktiviteter

Hur ofta tränar du?

- ☐ Dagligen ☐ 3-5 gånger per vecka ☐ 1-2 gånger per vecka
☐ Sällan ☐ Aldrig

Hur bedömer du kvaliteten på din sömn?

- ☐ Utmärkt ☐ Bra ☐ Godtagbar
☐ Dålig

Samtycke och signatur

Jag intygar att ovanstående information är korrekt och fullständig enligt min bästa kännedom. Jag förstår att det kan vara farligt för min hälsa att lämna felaktig information. Jag går med på att meddela kliniken om eventuella förändringar i mitt hälsotillstånd.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Signatur

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.