

Egenremiss Cario Ortho Center Skåne

Datum:

Namn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer & ort:

Yrke:

Mobilnummer:

Beskriv dina aktuella besvär:

Har du tidigare sökt sjukvård för dessa besvär? Om ja, beskriv var och när?
Bifoga journalkopior.

Har du genomgått röntgen och/eller magnetkameraundersökning (MR) för dina besvär?
Om ja, var och när? Bifoga utlåtande från undersökningarna.

Har du några andra sjukdomar? Om ja, vilka?

Tar du några läkemedel regelbundet? Om ja, vilka?

Ifylls endast av dig som söker för rygg- nackbesvär

Hur länge har du haft ont?

Var i ryggen/nacken sitter smärtan?

Har du någon utstrålande smärta i armar eller ben? Om ja, beskriv.

Har du domningar, känselnedsättning eller muskelsvaghet i samma område? Om ja, beskriv.

När har du smärta?

Var är smärtan värst? Rygg eller ben?

Har du problem med urin- eller tarmtömning?

Hur stark är din smärta *just nu* på en skala 0-10 där 0 är ingen smärta och 10 är värsta tänkbara smärta?

Halsrygg-rygg:

Armar-ben:

Ange *lägsta* smärtnivå, 0-10, senaste veckan:

Halsrygg-rygg:

Armar-ben:

Ange *högsta* smärtnivå, 0-10, senaste veckan:

Halsrygg-rygg:

Armar-ben:

Cario Ortho Center Skåne behandlar dina personuppgifter i enlighet med gällande lagar om data- och personuppgiftsskydd.