

HÄLSOPROFIL

Namn:

Personnummer:

Kön:

Kvinna

Man

Adress:

Postnummer:

Stad:

Telefon (hem):

Telefon (mobil):

E-post:

Civilstånd:

Antal barn:

Yrke:

Arbetsplats:

Vem rekommenderade dig till vår praktik?

SEKRETESS

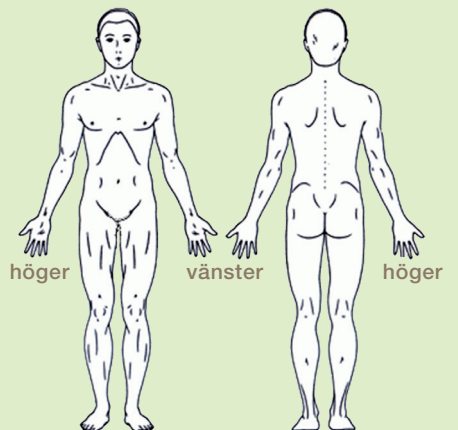
All information som du lämnar till oss är sekretessbelagd och behandlas bara av personal från Riddarhälsan AB. Vårt mål är att hjälpa dig förbättra din hälsa och optimera funktionerna av din kropp oavsett dina symptom. Det ligger i ditt intresse att svara så ärligt som möjligt.

Vilka problem med hälsan är anledningen till dagens besök?

Markera på figuren bredvid var dina nuvarande besvär finns:

Hur länge har du haft dina besvär?

Vad tror du själv att dina besvär kommer ifrån?



Hur ofta har du dina besvär?

Hela tiden

4-5 dagar/vecka

1-4 ggr/månad

1-6 ggr/år

Påverkar besvären ditt/din:

Arbete

Sömn

Fritid

Dagliga rutiner

Påverkar besvären din förmåga att:

Sitta

Stå

Promenera

Böja dig

Ligga ned

Besvärens karaktär:

Molande

Ilande

Avdomnat

Isande

Huggande

Brännande

Sticker/pirrar

Annat

Är besvären

Lokaliserade

Diffusa

Annat

Hur började dina besvär? Kom de:

Akut

Smygande

Annat

Sedan besvären började, är det:

- Värre Bättre Oförändrat

Strålar det ut i:

- Armar Ben Huvud Buk Händer
 Fötter Bröstkorg Annat

Vad gör dina besvär bättre?

Vad gör dina besvär sämre?

Hur mycket besvär har du

Inget

Outhärdligt

när det är som värst? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

när det är som minst? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hur påverkar besvären din förmåga att utföra vardagliga sysslor? (Ringa in lämpligt alternativ)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inga problem	Lite, försvinner vid aktivitet	Mera, påverkar aktivitet	Begränsande hindrar full aktivitet	Intensivt. Upptagen med att hitta smärtlindring	Outhärdligt					

Orsakar besvären problem eller störning i något av följande områden?

- Sömn Svårt att utföra fritidsaktiviteter, t.ex. sport och motion
 Humor Svårt att utföra vardagliga sysslor och dagliga rutiner
 Arbete Annat
 Sjukskrivning

Har du sökt hjälp hos någon annan för detta/dessa besvär?

Om du fått behandling tidigare för detta/dessa eller liknande besvär, vem hjälpte dig?

- Den här praktiken Allmän/husläkare
 Kiropraktor (fokus hälsa/orsak) Specialistläkare
 Kiropraktor (fokus smärta) Sjukgymnast
 Massör, naprapat Har ej fått behandling tidigare
 Annat

HÄLSA, VÄLBEFINNANDE OCH KIROPRAKTISK BEHANDLING

Under hela livet kan påfrestningar och traumatiska händelser skada ryggraden och nervsystemet. Påfrestningarna kan vara FYSISKA, KEMISKA eller EMOTIONELLA till sin natur. En förståelse av vilka FYSISKA, KEMISKA eller EMOTIONELLA störningar din ryggrad och ditt nervsystem varit utsatta för, hjälper oss att bättre kunna vara dig till hjälp. Besvara följande frågor så noggrant och fullständigt som möjligt.

HISTORIK ÖVER FYSISKA STÖRNINGAR (FRÅN FÖDSELN TILL NU)

Förlossningsskador

Forskning visar att själva förlossningen kan orsaka skador på ett barns ryggrad eller nervsystem.

Ange efter bästa förmåga vad du känner till om hur du föddes:

Var din förlossning: (markera allt du känner till)

- framkallad kejsarsnitt sätesbjudning naturlig förlossningstång
 utdragen navelsträng runt halsen hemma på sjukhus sugklocka

Allmänna fysiska trauman

De flesta trauman inträffar i början av livet (mellan födelsen och 18-21 års ålder). Det är under dessa år som ryggraden och nervsystemet växer och är som mest mottagliga för påverkan. Uppgifterna nedan hjälper oss att komma underfund med vilka typer av påfrestningar du varit utsatt för.

Har du haft några olyckor i samband med följande: (markera alla som du råkat ut för och ange tidpunkt)

- bil (även som passagerare) motorcykel cykel sport
 andra

Om ja, beskriv hur och när:

Har du någon gång skadat ryggraden (nacke, huvud, rygg, höfter)?

Om ja, beskriv hur och när:

Har du någon gång brutit några ben i kroppen eller sträckt, stukat eller vrickat någon del av kroppen?

Om ja, beskriv hur och när:

Har du någon gång blivit inlagd på sjukhus?

Om ja, beskriv hur och när:

HISTORIK ÖVER KEMISKA STÖRNINGAR

Som kemiska störningar betecknas för kroppen giftiga ämnen som under livet inandats, injicerats, förtärts genom munnen, eller placerats under huden (t.ex. födoämnesallergier, läkemedelsbiverkningar, exponering för kemikalier i luften, etc.) Följande ger oss en inblick i vad du varit utsatt för.

Har du blivit vaccinerad? Ja Nej

Tar du eller har du någonsin tagit:

receptbelagda läkemedel, ej receptbelagda läkemedel, stimulantia? Ja Nej

Är du ständigt utsatt för: kemikalier, ångor/avgaser, damm, rök? Ja Nej

Mediciner du tar för närvarande:

Varför tar du dessa?

Mediciner som du tidigare tagit under mer än 6 månader?

Varför tog du dessa?

Gradera ditt intag av följande varor:

D = dagligen

V = varje vecka

M = varje månad

FD = flera ggr/dag

FV = flera ggr/vecka

0 = inte alls

VI = vet inte

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Nötkött	<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Råa grönsaker
<input type="checkbox"/> Vitt bröd	<input type="checkbox"/> Fullkornsmat	<input type="checkbox"/> Vetebullar	<input type="checkbox"/> Frukt	<input type="checkbox"/> Läsk
<input type="checkbox"/> Ekologisk mat	<input type="checkbox"/> Friterad mat	<input type="checkbox"/> Potatis	<input type="checkbox"/> Dietmat	<input type="checkbox"/> Tobak
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Fågel	<input type="checkbox"/> Godis/ sötsaker	<input type="checkbox"/> Mejeri- produkter	<input type="checkbox"/> Kaffe/koffein

Den typ av diet jag håller mig till klassificeras som: Ingen

LIVSKVALITET

Hur uppskattar du din hälsa i dag? (På en skala från 0 till 10 där 0 = sämst och 10 = bäst).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hur uppskattar du att din hälsa var för 5 år sedan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hur uppskattar du att din hälsa är om 5 år?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stress kan ackumulera och påverka vår hälsa och förmåga att läka. Stress kan delas in i fysisk, kemisk och mental stress. Fysisk stress (gamla olyckor, fall, kroppshållning etc.). Kemisk stress (rökning, alkohol, mediciner, dryck- och matvanor etc.). Psykisk stress (arbete, relationer, finans, självförtroende etc.).

Vad skulle du själv kunna ändra på för att få en bättre hälsa?

1. 2. 3.

På en skala mellan 0 - 10, hur bedömer du dina sammantagna stressnivåer (fysiskt, kemiskt, mentalt) vara i följande sammanhang?

Hemma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

På arbetet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

På fritiden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

För varje tillstånd, symptom eller sjukdom nedan som du **har haft**, kryssa i TIDIGARE - kolumnen.

Om du har detta nu så kryssa i NU - kolumnen. Tänk efter och var noggrann!

Tidigare	Nu		Tidigare	Nu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bihålebesvär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacksmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunginflammation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärtor bröstorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärtor ländrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofta törstig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Axelsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinläckage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armbåge/armsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förstoppning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta handled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaréer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta hand/fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket gaser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höft/lårsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol/drogbesvär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knä/vadsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankel/fotsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bindvävssjukdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta käkled/TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmun sjukdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ledstelhet/svullnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologisk sjukdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hudutslag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förslitningar/artros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eksem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utbränd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orolig sömn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dålig koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervositet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synrubbingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ångest/oro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrsel/ostadig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedstämd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panikattack
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolär sjukdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtattack/infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koncentrationssvårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tryck över bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofta låg energi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofta feber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodbrist
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Njursten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mässlingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Njurbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Påssjuka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta urinera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlakansfeber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onormal viktökning/minskning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röda hund
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kikhosta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsbränna

Tidigare	Nu		Tidigare	Nu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gulsot/hepatit			<u>Bara kvinnor</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lever/gallblåsebesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oregelbunden mens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruationsmärta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övergångsbesvär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sköldkörtelbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P-piller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkolos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonbehandling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Öroninflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Graviditet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sängvätning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förlossningsbesvär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD			<u>Bara män</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sen utveckling motorik/mentalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostatabelsbesvär

Vad hoppas du uppnå med ditt besök/behandling (kryssa för allt som passar in)?

- Tillfällig symptomlindring
 Förbättra min hälsa - underhåll
 Optimera min hälsa - wellness

Hur lång tid tror du själv att det kommer att ta?

Ringa in, på en skala från 0 - 10, hur angelägen du är att uppnå dina mål:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jag förstår att jag inte kommer att få en medicinsk diagnos, behandling för en enskild sjukdom eller ett specifikt symptom. De behandlingar som ges här sker i syfte att korrigera vertebrala sublaxationer.

Patientens signatur:

Datum: