Et bilde som inneholder tegning

Automatisk generert beskrivelseKontaktskjema Aukra Fysioterapi

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fødselsnr.(11 siffer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nei |
| Har du vore i kontakt med fastlegen din for den aktuelle plaga? |  |  |
| Er du sjukemeldt pga denne plaga |  |  |
| Har du tidlegare hatt behandling for den aktuelle plaga? |  |  |

Kor lenge har du hatt den aktuelle plaga? 1 veke 2-4 veker 1-3 månader Meir enn 3 månader

Beskriv den aktuelle plaga:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har du, eller har du tidlegare hatt ein av følgande plager: | Ja | Nei |
| Hjarte-/karsjukdomar |  |  |
| Varig eller regelmessig hovudverk |  |  |
| Varig eller regelmessig svimmelhet |  |  |
| Søvnvansker |  |  |
| KOLS eller andre lungesjukdomar |  |  |
| Kreft |  |  |
| Brukar du medikament fast? |  |  |
| Dersom ja, kva for: | | |

Kontaktskjema for fysioterapi sendast: Aukra kommune, fysioterapi, Aukraringen 17, 6480 Aukra.

OBS! Konfidensielle opplysningar må ikkje sendast per e-post - skjemaet må skrivast ut.

Du kan og levere skjemaet i postkassa på venterommet til fysioterapeutane.