

Datum: _____ Namn: _____

Röker eller snusar du?

JA NEJ

Har du uppsökt sjukvård utanför Sverige senaste 6 månaderna?

JA NEJ

Vi vore tacksamma om du kan hjälpa oss genom att fylla i denna blankett så nogga du kan.

Skriv tre viktiga aktiviteter på raderna nedan som du normalt brukar utföra, men nu har problem att utföra eller inte kan utföra alls på grund av dina besvär.

Ringa in den siffra på skalan som motsvarar hur svårt du tycker det är att utföra aktiviteten. 0 motsvarar att du inte kan utföra aktiviteten alls och 10 att du kan utföra den obehindrat eller som innan du fick din skada/sjukdom.

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

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

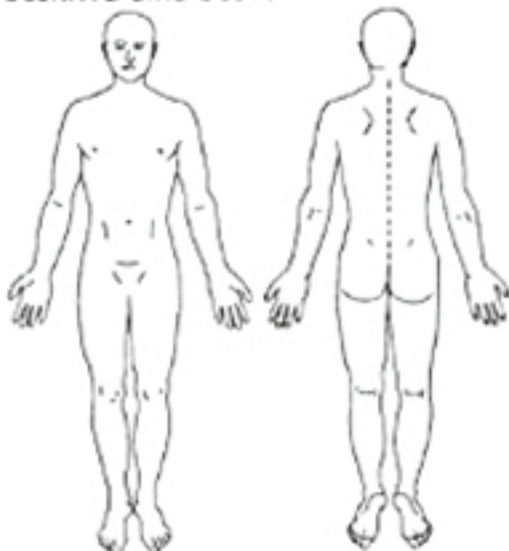
3 _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Markera de områden på figuren där du upplever att dina besvär är lokaliserade.

Använd följande symboler

för att

beskriva dina besvär:



Molande
M M M

Avdomnat
= = =

Svidande
X X X

Stickande
• • •

Huggande
/// /// ///

Muskelkramp
S S S