

# Hälsoformulär

Vi är tacksamma om du vill fylla i nedanstående uppgifter, lämna sedan blanketten till din fysioterapeut.

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Är du sjukskriven? Ja  Nej

Om ja, när förväntar du dig att vara åter i arbete? \_\_\_\_\_

1. Vad söker du hjälp för? \_\_\_\_\_

Vad tror du har orsakat dina besvär? \_\_\_\_\_

Hur länge har du haft besvären du söker för? \_\_\_\_\_

2. Finns det något i ditt dagliga liv som du inte klarar nu på grund av dina besvär? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Har du tidigare behandlats för dina besvär? Ja  Nej

Om ja, av vem och när \_\_\_\_\_

4. Använder du för närvarande någon medicin för de besvär du söker hjälp för? \_\_\_\_\_

Om ja, vilken \_\_\_\_\_

Övriga mediciner \_\_\_\_\_

5. Utövar du någon form av motion, vad och hur ofta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Vad förväntar du dig att uppnå och vad har du för målsättning med besöket här? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vänd 

## Patientspecifik funktionell skala (PSFS)

- Skriv in tre viktiga aktiviteter som du har problem med att utföra eller inte kan utföra alls på grund av dina \_\_\_\_\_ besvär. Vilka tre aktiviteter har du svårt med?
- Fyll i datum.

*Ange den siffra på skalan (skalan är längst ner på detta papper) som svarar emot hur svårt du tycker det är att utföra aktiviteten!*

- Skriv in siffran som motsvarar graden av förmåga i den högra kolumnen.

Datum \_\_\_\_\_

	Grad av svårighet
Aktivitet	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**Kan inte  
utföra  
aktiviteten**

**Kan utföra aktiviteten  
obehindrat eller som före  
skadan/sjukdomen**

Tack för att du tog dig tid att fylla i denna blankett.