

# Frågeformulär Fysioterapi Hagfors

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Mobilnummer: \_\_\_\_\_ (om du vill ha SMS-påminnelse vid besöket)

För att få en tydlig insikt i dina besvär och hinder skulle jag gärna vilja att du fyller i nedanstående frågor.

Hur länge har du haft dina besvär?  mindre än 3 månader  
 längre än 3 månader

## Levnadsvanor

Våra levnadsvanor har stor påverkan på hälsan. Du kan göra mycket själv för att påverka din hälsa och även små förändringar kan göra stor skillnad. Fyll gärna i följande frågor

Använder tobak:  Ja  Rökar  Snusar  
 Nej  
 Slutat röka längre än 6 månader sedan  
 Slutat snusa längre än 6 månader sedan

Använder alkohol:  Ja  Nej

## Fysisk aktivitet:

*Regelbunden fysisk aktivitet påverkar hälsan positivt. Det är viktigt att minska stillasittandet, lite rörelse är bättre än ingen.*

Hur mycket timmar under en normal vecka ägnar du dig åt någon form av **ansträngande träning** som gör dig **andfådd**? ..... timmar / vecka  
Med vilken aktivitet? .....

Hur mycket timmar under en normal vecka ägnar du dig åt **vardagsmotion**, t.ex. promenader, cykling, trädgårdsarbete etc.? ..... timmar / vecka  
Med vilken aktivitet? .....

## Smärtupplevelse

På nedanstående frågor kan du ringa in den siffra som du tycker stämmer bäst.

### Aktivitetsbegränsning på grund av smärta

I vilken grad har smärtan under det senaste dygnet hindrat eller begränsat dig från att utföra normala vardagliga aktiviteter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aktiviteter har inte Aktiviteter har varit  
varit begränsade omöjliga att utföra på  
av smärta grund av smärta

### Smärtintensitet

Under det senaste dygnet, hur svår har din smärta varit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smärta Värst tänkbara smärta



## Aktiviteter

1. Beskriv viktiga aktiviteter som du har problem med att utföra eller inte kan utföra alls på grund av besvären du kommer till Fysioterapi Hagfors för. Vilka aktiviteter har du svårt med?

2. Ange en siffra på skalan 0 till 10 för varje aktivitet som svarar emot hur svårt du tycker det är att utföra aktiviteten!

### Grad av svårighet:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Kan **INTE** utföra aktiviteten  
**UTFÖRA** aktiviteten  
Kan utföra aktiviteten  
**OBEHINDRAT** eller som  
före skadan/sjukdomen

Aktivitet	Siffer 0 - 10
1	
2	
3	
4	

## Målsättning

Ett mål är det du strävar efter och vill uppnå med din behandling. Tänk efter och skriv ned i alla fall ett långsiktigt mål + ett kortsiktigt mål. Det långsiktiga målet bör vara något aktivitet du vill kunna göra när du är helt frisk och det kortsiktiga målet bör vara någon som du förhoppningsvis kan göra redan efter en eller några behandlingar. Denna målsättning använder vi tillsammans för att skapa en bra handlingsplan och för att kunna utvärdera att din behandling fungerar enligt planen.

En exempel på målsättning för en patient med axelbesvär kan vara:

Kortsiktigt mål: Lyfta min arm till axelhöjd med smärta inte mer än 5 på Smärtskala.

Långsiktigt mål: Plocka en kopp ur köksskåpet utan besvär.

Vi tar upp din målsättning i samtalet också för att göra dem så realistisk som möjligt, men tänk gärna efter vad du vill uppnå med att besöka Fysioterapi Hagfors.

Kortsiktiga mål	
Långsiktiga mål	

## Samtycke

Jag ger mitt **samtycke** att Fysioterapi Hagfors får hämta medicinska uppgifter hos andra vårdgivaren som komplettering på min behandling.

**Tack för dina svar!!! Fysioterapi Hagfors**