

## Välkommen till Alezzokliniken, Din Kiropraktormottagning

Vänligen texta svaren på följande frågor. Är något oklart hjälper sekreteraren gärna till.

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

E-post: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Tel nr Hem: \_\_\_\_\_ Arb: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Av vem rekommenderades Du att söka vår hjälp? \_\_\_\_\_

Beskriv kortfattat de besvär Du söker för: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hur länge har Du haft besvären? \_\_\_\_\_

Finns det någon anledning till Dina symptom? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vad förvärrar Dina besvär? \_\_\_\_\_

Vad lindrar Dina besvär? \_\_\_\_\_

Har Du tidigare blivit behandlad i rygg eller leder? Av vem? När? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tar Du någon medicin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har Du någon sjukdom? \_\_\_\_\_

Har Du genomgått någon operation? Vad? När? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har Du varit med om någon olycka? Vad? När? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Är Du röntgad? \_\_\_\_\_ Om Ja, När? Vilken kroppsdel? \_\_\_\_\_

Hur tränar Du? Vad? Hur ofta? \_\_\_\_\_

Vad har Du för mål med besöket hos oss? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

ALEZZO KLINIKEN  
Kiropraktik • Specialistvård