



<b>För- och efternamn</b>	<b>Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)</b>
<b>Adress</b>	<b>Yrke</b>
<b>Telefon-/Mobilnummer</b>	<b>Ordinarie vårdcentral</b>
<b>E-post</b>	<b>Län</b>

**Aktuellt besvär/skada**

	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Hand/Handled		
Armbåge		
Axel		
Fot		
Knä		
Höft		
Annat:		

**Vilken sida?**

	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Höger		
Vänster		
Båda sidor		
<b>Hur länge har du haft besvären?</b>		

**Har du haft något trauma?**

JA	NEJ	Om ja, när?

**Har du fått behandling för ditt besvär?**

JA	NEJ	Om ja, när och var?

**Har du varit på röntgen?**

JA	NEJ	Om ja, när?

**Har du varit på undersökning med magnetkamera?**

JA	NEJ	Om ja, när?