

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

Datum \_\_\_\_\_  
Patientnr \_\_\_\_\_

**Form P1: Physiotherapist, pre-treatment**

**Inskrivningsformulär (ifylls av sjukgymnast/  
studiesjuksköterska)**

I samband med inskrivningen/första besöket ställer sjukgymnasten nedanstående frågor till patienten, samt fyller i svaren. Det är viktigt att sjukgymnasten använder de frågor och beskrivningar som finns nedan och inte förklarar med egna ord.

1. Har du gått ner i vikt det senaste halvåret?

0. Nej       1. Ja, 1-5 kg       2. Ja, 5-10 kg       3. Ja, 10 kg eller mer

**Medicinsk anamnes**

2. Har du smärta/besvär från rygg och/eller höft?

0. Nej       1. Ja

**Om Nej, gå vidare till fråga 5.**

3. Behandlas du för något av ovanstående besvär?

0. Nej       1. Ja

**Om Nej, gå vidare till fråga 5.**

4. Vilken typ av behandling?

a) Mediciner 0. Nej       1. Ja   
b) Behandling/träning. (av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat) 0. Nej       1. Ja

5. Har du något av följande sjukdomstillstånd?

a) Kronisk kärlsjukdom i benen, ex. fönstertittarsjuka 0. Nej       1. Ja   
b) Neurologisk sjukdom ex, stroke, MS, Parkinson 0. Nej       1. Ja

6.

a) Har du genomgått höftplastik? 0. Nej       1. Ja, dx       2. Ja, sin   
b) Har du genomgått knäplastik? 0. Nej       1. Ja, dx       2. Ja, sin

7. Har du fått strålbehandling inför denna operation?

0. Nej       1. Ja

8. Längd \_\_\_\_\_ cm (ange heltal, mäts vid första tillfället)