



Kontaktskjema Aukra Fysioterapi

Dato: _____

Namn: _____ Fødselsnr.(11 siffer): _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fastlege: _____ Yrke: _____

	Ja	Nei
Har du vore i kontakt med fastlegen din for den aktuelle plaga?		
Er du sjukemeldt pga denne plaga		
Har du tidlegare hatt behandling for den aktuelle plaga?		

Kor lenge har du hatt den aktuelle plaga? 1 veke 2-4 veker 1-3 månader Meir enn 3 månader

Beskriv den aktuelle plaga:

Har du, eller har du tidlegare hatt ein av følgande plager:	Ja	Nei
Hjarte-/karsjukdomar		
Varig eller regelmessig hovudverk		
Varig eller regelmessig svimmelhet		
Søvnvansker		
KOLS eller andre lungesjukdomar		
Kreft		
Brukar du medikament fast?		
Dersom ja, kva for:		

Kontaktskjema for fysioterapi sendast: Aukra kommune, fysioterapi, Aukraringen 17, 6480 Aukra.

OBS! Konfidensielle opplysningar må ikkje sendast per e-post - skjemaet må skrivast ut.

Du kan og levere skjemaet i postkassa på venterommet til fysioterapeutane.