



Kontakt skjema Aukra Fysioterapi

Dato: _____

Namn: _____ Fødselsnr.(11 siffer): _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fastlege: _____ Yrkesstatus: _____

	Ja	Nei
Har du vore i kontakt med fastlegen din for den aktuelle 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 følgjande plager:	Ja	Nei
Hjarte-/karsjukdomar		
Varig eller regelmessig hovudverk		
Varig eller regelmessig svimmelheit		
KOLS eller andre lungesjukdomar		
Kreft		
Brukar du medikament fast?		
Dersom ja, kva for:		

Kontakt skjema 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.