

HELKROPPSVIBRATIONER – SCREENINGFORMULÄR

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Personnummer:

Längd: _____ (cm)

Vikt: _____ (kg)

1. Hur intensiv har Din värk/smärta i ländryggen varit som *värst* under den *senaste månaden*?

Ingen smärta										Värsta tänkbara smärta	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Har besvären i ländryggen spridit sig utför benen till nedanför knäna? (värk/smärta, domningar/stickningar, nedsatt känsel) Ja Nej

3. Har Du haft arbetshindrande ländryggbesvär, som varat minst 14 dagar, vid minst fyra tillfällen under de **SENASTE 12 MÅNADERNA**? Ja Nej

4. Hur intensiv har Din värk/smärta i nacken varit som *värst* under den *senaste månaden*?

Ingen smärta/värk										Värsta tänkbara smärta	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Har besvären i nacken spridit sig utför armarna ned till händerna? (Besvär i form av värk/smärta, domningar/stickningar, nedsatt känsel) Ja Nej

6. Har Dina besvär i rygg, nacke, skuldra, armbåge, handled, hand eller fingrar, ökat under de **SENASTE 12 MÅNADERNA**? Ja Nej

7. Har Dina symtom (från rygg, nacke, skuldra, armbåge, handled, hand eller fingrar) påverkat Din arbetsförmåga under den *senaste månaden*? Ja Nej