|  |
| --- |
| **Første undersøgelse****Dato:****Klokkeslæt:****Titel, navn:** |
| **Navn** |  |
| **CPR nr.** |  |
| **Henvisningsårsag** |  |
| **Operationsdato****hvis relevant** |  |
| **Restriktioner****hvis relevant** |  |
| **Sygdomshistorie** |  |
| **Smerter****NRS/VAS** |  |
| **Medicin/smertestillende** |  |
| **Differential diagnoser** |  |
| **Inspektion****Palpation****Ødem** |  |
| **Diagnosespecifikke****specialtest** |  |
| **Dysfagi** |  |
| **Aktivitet og deltagelse***F.eks. gangfunktion, trappegang, RSS, hjælpemidler, af-/påklædning, bad* |  |
| **Omgivelsesmæssige** **faktorer***F.eks. arbejde, socialt netværk, fritidsinteresser, bolig/bor sammen med* |  |
| **Personlige faktorer***Kost**Rygning**Alkohol**Motion**Søvn* |  |
| **Sammenfatning og fokusområder***Bl.a. øvelser* |  |
| **Mål** |  |
| **Handling** |  |
| **Samtykke** |  |
| **Aftale vdr. ny tid****OBS kørsel** |  |