

BASUPPGIFTER RYGGDEFORMITET

Datum för ifyllande:

Personnummer:

Det är viktigt att Du försöker fylla i alla frågor så långt det är möjligt.

Längd:.....cm

Vikt:.....kg

Röker Du?

☐ 1. Ja

☐ 0. Neį

Hur är Din rörelseförmåga ?

 1. Normal

2. Gånghjälpmedel

☐ 3. Rullstol – *följdfråga nedan*

4. Sängbunden

Om Rullstol; Vilken typ av rullstol använder Du oftast?

☐ 1. Manuell rullstol som jag kör själv

☐ 2. Elektrisk rullstol

☐ 3. Manuell rullstol som någon annan kör åt mig

Markera Din smärtnivå under senaste veckan genom att ringa in det värde som bäst motsvarar smärtnivån, på vardera linjen nedan som i exemplet.

Linjerna är skalor där markering längst till vänster innebär smärtfri och längst till höger värsta tänkbara smärta. Med en markering av lämpligt värde på vardera skalan visar Du hur mycket ryggsmärta och bensmärta Du har.

OBS, du måste välja ett heltal, ringa in den siffra som bäst motsvarar din smärta.

Rygg



Ingen smärta

Maximal smärta

Ben



Ingen smärta

Maximal smärta

Vid vilken ålder fick Du skolios (eller kyfos)?år

Har Du fått hjälp att fylla i frågeformulären av någon?
(tex förälder eller annan närstående)

☐ 1. Ja☐ 0. Nej

Vilken är Din utbildningsnivå?

☐ 1. Grundscola

2. Gymnasium

3. Högskola