

# Pasientjournal

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsdato \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Evt. telefon dagtid \_\_\_\_\_

---

## Anamnese:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Observandum:

Røntgen  \_\_\_\_\_ Medisiner  \_\_\_\_\_ Sykdommer  \_\_\_\_\_

## Tester:

Inspeksjon \_\_\_\_\_

Bevegelsestester – passive og aktive \_\_\_\_\_

Nevrologiske tester \_\_\_\_\_

SLR/ Lasegue-test \_\_\_\_\_

Benlengde-test \_\_\_\_\_

De Klejns test \_\_\_\_\_

Øvrige tester: \_\_\_\_\_

## Behandling (Husk dato og signatur!)

Massasje: \_\_\_\_\_

Triggerpunkter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tøyninger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Øvrig behandling: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hjemmeøvelser: \_\_\_\_\_

