Uppföljningsformulär

Datum	Namn	Besök nummer

Compliance:

Övningsfrekvens	Hållning	Övningsteknik

Subjektivt (Bättre/Sämre/St quo) %:

_____

_____

_____VAS:_____

_____

_____

_____

Rörlighetsinskränkning

	Stor	Mod	Min	Ingen

Neurologiska Test
Styrka:
Sensibilitet:
Reflexer:
Nervtensionstecken:

Utgångsvärden:_____

Mekaniska test:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Diagnos: _____

Inverkande faktorer: _____

Plan: _____

_____

_____