

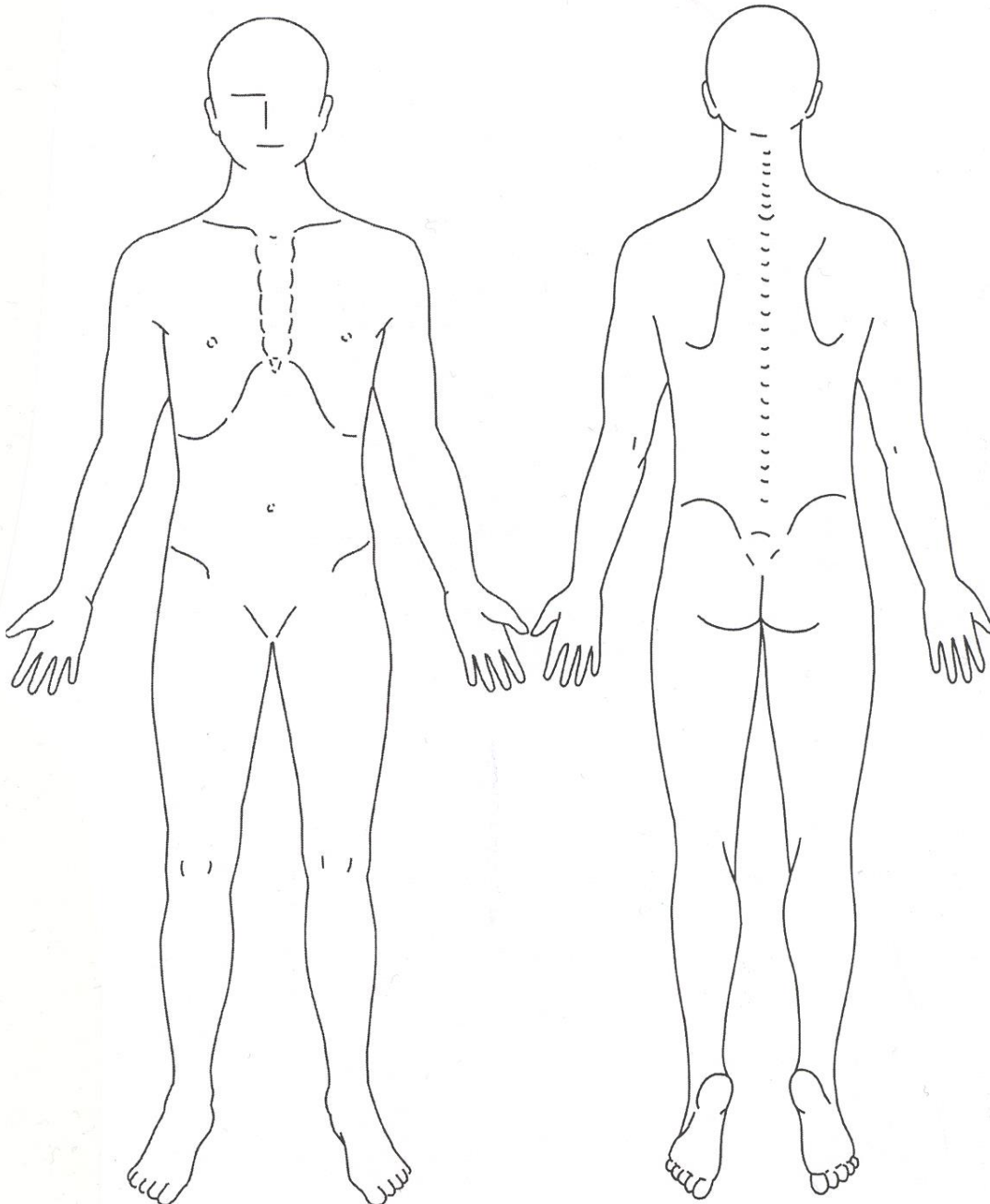
Datum:

Namn:

Personnr:

**Vad har du ont? Markera alla ställen där Du har smärtor och obehag.
Använd gärna följande tecken.**

M M M M M	= molande	X X X X X	= brännande	= = = = =	= domnande
// // // // //	= huggande, skärande	= stickande	T T T T T	= tryckande
B B B B B	= bultande pulserande	S S S S S	= muskelkramp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	= stelhet


 Uppskatta graden av smärta med **EN** markering på linjen från 0 smärta till outhärdlig smärta.

0 smärta |—————| outhärdlig smärta