

Smerteenhetsnr:

Pasientnr:

Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene? Vennligst sett et eller flere kryss.

FORAN

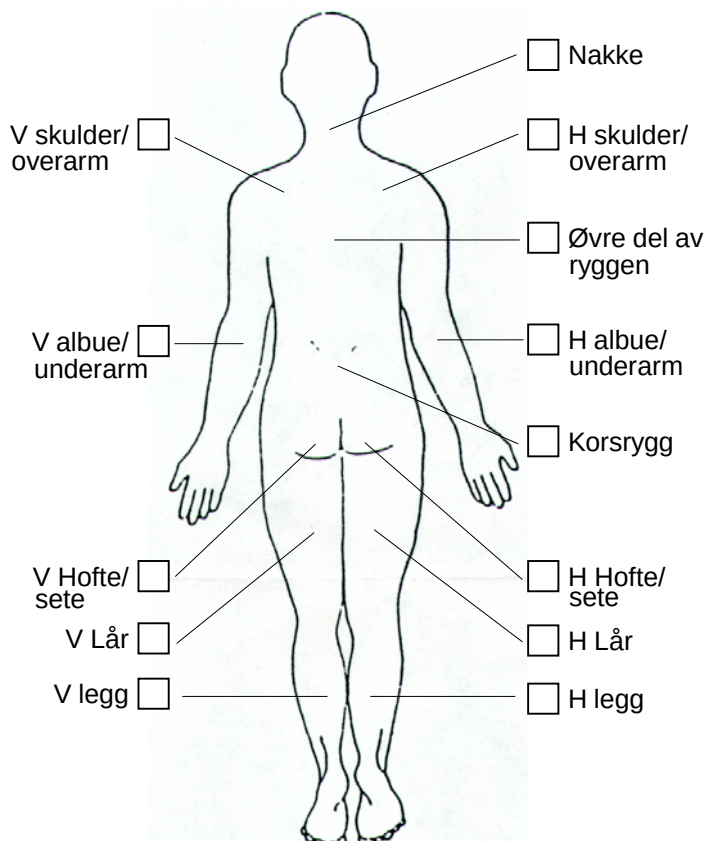
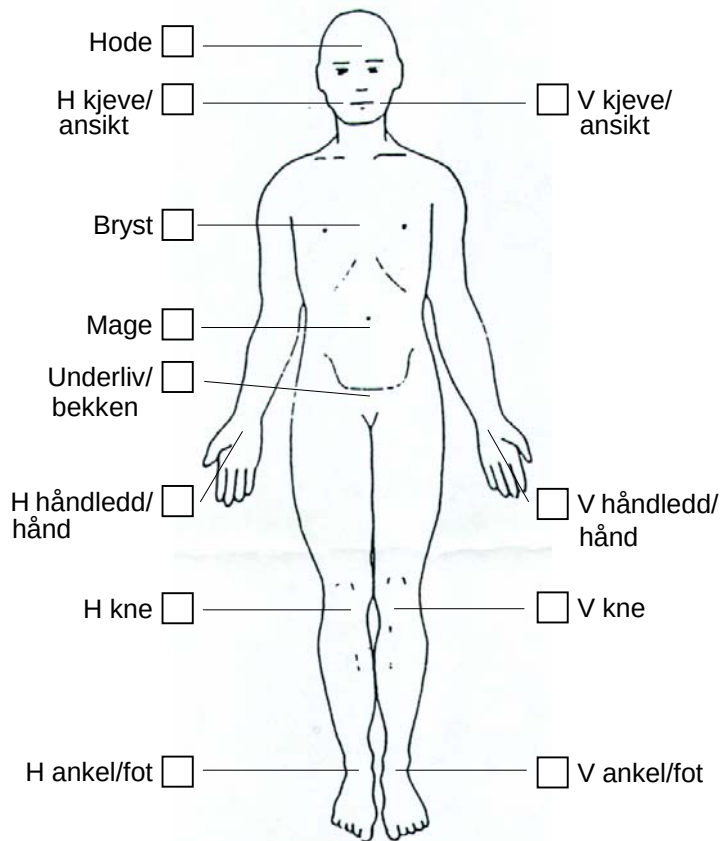
BAK

Høyre

Venstre

Venstre

Høyre



Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ingen smerter

Verst tenkelige smerter

Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ingen smerter

Verst tenkelige smerter

Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ingen smerter

Verst tenkelige smerter