

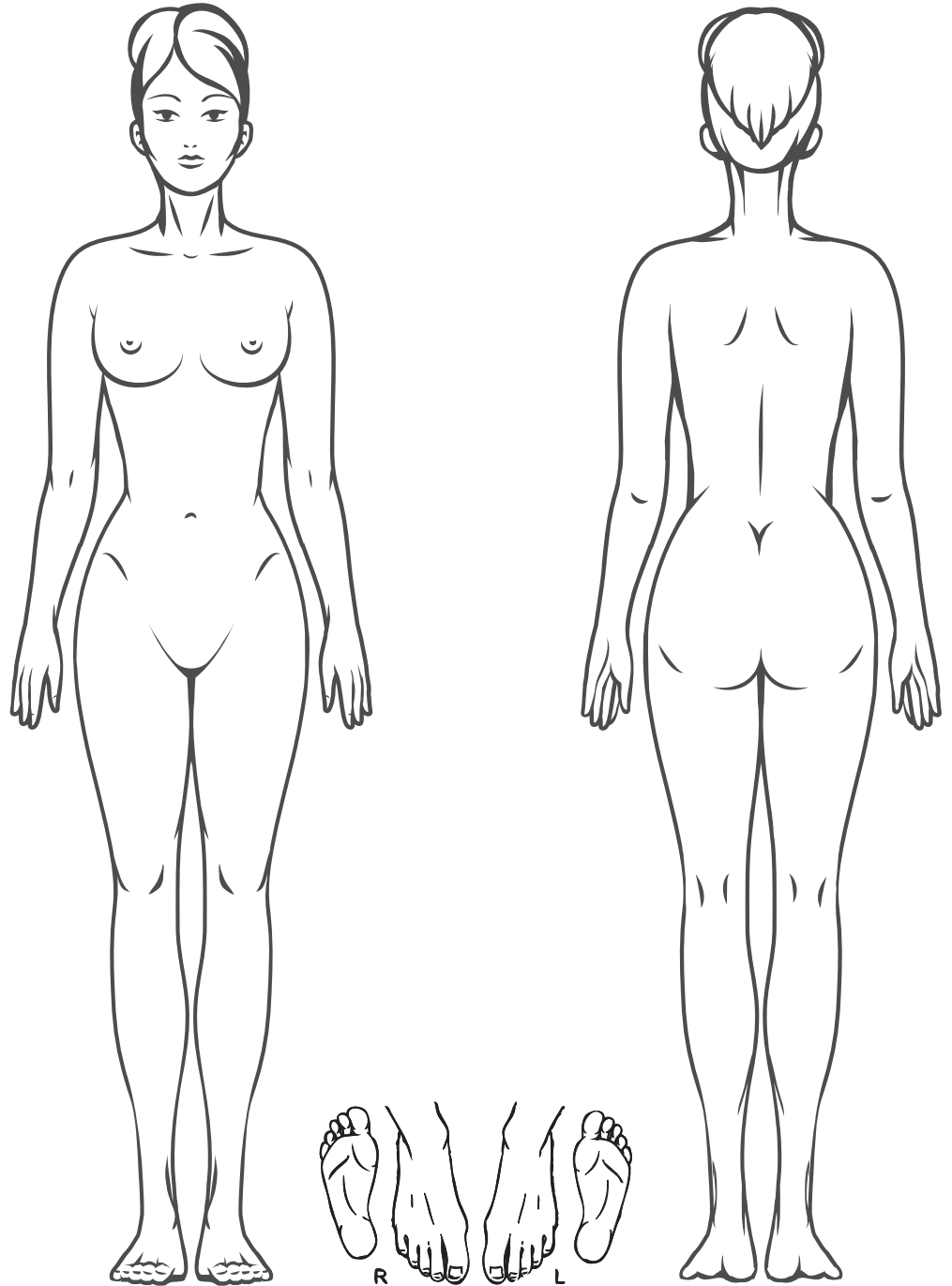
Namn: _____

Personnummer: _____

Besvärsritning datum: _____

Skugga med blyerts i alla områden där du upplevt besvär. Skugga mörkare ju mer/kraftiga/svåra/större besvär.

Skriv bredvid figuren vad för slags besvär. Tex värk, sus, pirr, stickning, domning, kramp, surr, stelhet, molande, brännande etc.



© Personskadeföreningen NRH

När och hur mycket besvär?
Hur har dina besvär varierat sedan du först märkte dem?
Visa med en kurva.
Värsta tänkbara besvär. (Hellre död).



Inga besvär Första gången

Idag