



Namn	Personnummer
Ansvarig förskrivare	Telefonnummer
Datum	

1. Hur ofta använder du din TENS-stimulator?

- ☐ Flera gånger varje dygn
 - ☐ En gång per dygn
 - ☐ Några gånger per vecka
 - ☐ En gång per vecka
 - ☐ Några gånger per månad
 - ☐ Aldrig
- Om aldrig, vad är anledningen _____
- _____

2. Hur lång tid stimulerar du vid varje behandlingstillfälle?

- ☐ 0-20 minuter
- ☐ 21-40 minuter
- ☐ 41-60 minuter
- ☐ 1-2 timmar
- ☐ Mer än 2 timmar

3. Hur länge kvarstår effekten efter avslutad behandling?

- ☐ Mer än 4 timmar
- ☐ 2-4 timmar
- ☐ Mindre än 2 timmar, men mer än 1 timme
- ☐ Mindre än 1 timme
- ☐ Lindringen upphör så fort jag stänger av stimulatorn
- ☐ Jag får ingen lindring

4. Hur har besvären förändrats till följd av TENS-behandlingen?

- ☐ Smärtfri eller fri från illamående
- ☐ Mycket mindre
- ☐ Något mindre
- ☐ Oförändrade besvär
- ☐ Ökade besvär

5. Om du använder medicin mot besvären, hur har din användning förändrats sedan du började använda TENS?

- ☐ Minskat mycket
- ☐ Minskat något
- ☐ Oförändrat
- ☐ Ökat något
- ☐ Ökat mycket

6. Helhetsbedömning, effekt av TENS-behandlingen

Skattningsskala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inga					Värsta tänkbara					
besvär					illamående/smärta					

Eventuella kommentarer
