



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 \_\_\_\_\_  
besvär

Värsta tänkbara  
illamående/smärta

Eventuella kommentarer

---

---

---

---