

Fylles ut av pasienten:

Henvist fra:.....

Navn:..... Fødsel/personnr.:..... Alder:.....

Adresse:.....

Sivilstand:..... Arbeid pt.:..... Yrke:.....

Antall timer jobb pr. dag:..... Tlf.: priv/jobb/mob:.....

E-post:.....

Barn; antall:..... Alder:..... Har de kronisk sykdom?.....

Mor alder..... frisk/syk/død Hvis syk, hvilke(n) sykdom(mer).....

Far alder..... frisk/syk/død Hvis syk, hvilke(n) sykdom(mer).....

Morfar alder f/s/d.....

Mormor alder f/s/d.....

Farfar alder f/s/d.....

Farmor alder f/s/d.....

Søsken; antall:..... Kjønn:..... Alder:..... Har de kronisk sykdom?.....

Tenner: (sett ring): plast porselen gull bro stift rotfylling amalgam

Arr; hvor:.....

Skader:.....

Tidligere sykdommer (inkl. barnesykdommer), punktvis:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Nåværende plager: (alt du kommer på som ikke er som det skal være, eks. luft i magen, kalde føtter, fett hår, sprukne negler, hodepine, angst osv.) Bruk gjerne baksiden av arket.

Hva er (har vært) den største psykiske belastningen i livet ditt?

Frokost.....

Lunsj.....

Middag.....

Aftens.....

Spesiell mat du elsker?.....

Vann pr.dag:..... Alkohol:.....

Hvor mange kopper kaffe drikker du pr. dag:      0      1-3      3-6      6-12      mer      (sett en ring rundt)

Hvis du røyker, snushvor mye?                      1-9      10      20      30      40      mer      (sett en ring rundt)

Hvor mye trener du?                      0                      1 time/uk                      2x/uke                      Daglig                      (sett en ring rundt)

Hva slags trening?.....

Vekt:..... Høyde:.....

Faste medikamenter:.....

Tilskudd av vitaminer/mineraler.....

Mens:.....

Søvn:                      meget god                      god                      dårlig                      har et søvnproblem                      (sett en ring rundt)

Avføring: (hvor ofte, konsistens).....

Vannlating:.....

Alternativbehandling?.....

Hvor mange «baller» har du i luften? Sett opp en liste som viser ditt liv og dine gjøremål:

Er noen av disse spesielt lystbetonet (markert med X) eller ulystbetont? (markert med \*)

X												*
X												*
X												*
X												*
X												*

Hvor motivert er du for å endre LIVSSTIL (f.eks. kutte ned på kaffe, sukker eller brødmot) (0=ikke motivert, 10=max motivert) Sett ring rundt det tallet som passer

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      (sett en ring rundt)

Til slutt: Hva vil du helst snakke om når du kommer til meg?

.....  
 .....  
 .....

Navn/tlf på din faste lege:.....

## Spørreskjema:

## Generelt om diverse risikofaktorer

Sett en ring rundt *ja*, *nei* eller *vet ikke*

1	Har du tatt ulike vaksiner utover det vanlige	Ja	Nei	Vet ikke
2	Har du noen gang fått blodoverføring?	Ja	Nei	Vet ikke
3	Har du vært utsatt for løsemidler?	Ja	Nei	Vet ikke
4	Har du røkt mye i mange år? (over 20 sig/dag)	Ja	Nei	
5	Er det cøliaki (glutenallergi) i din familie?	Ja	Nei	Vet ikke
6	Kjenner du til tilfelle av tuberkulose i familien?	Ja	Nei	Vet ikke
7	Er det tilfelle av struma, høyt eller lavt stoffskifte i din familie? (sykd. i skjoldbruskkjertelen)	Ja	Nei	Vet ikke
8	Har du noen gang blitt bitt av flått? (skaubjønn)	Ja	Nei	Vet ikke
9	Har du unaturlig mye hårvekst (kvinner) i ansikt, ben, armer eller rundt bryst og navle?	Ja	Nei	
10	Har du plager fra underlivet som kløe, smerte ved vannlating, smerte ved samleie eller diffuse smerter i nedre del av	Ja	Nei	
11	Snorker du? eller er du plaget av søvnighet dagtid?	Ja	Nei	Vet ikke
12	Er det tilfelle av jernopphopning i blodet (hemokromatose) i din familie?	Ja	Nei	Vet ikke
13	Ble du mishandlet som barn/ungdom fysisk eller psykisk?	Ja	Nei	Vet ikke
14	Har du vært utsatt for mobbing i oppvekst eller på arbeidsplassen?	Ja	Nei	
15	Finnes det tilfelle av psykisk sykdom i familien? (depresjon, scizofreni, psykopati)	Ja	Nei	Vet ikke
16	Misbruker du (eller har misbrukt) medikamenter, alkohol eller narkotika?	Ja	Nei	

Ditt navn:.....

Dato:.....