

NB! Opplysninger i dette skjema holdes konfidensielt

Dato:

Navn:		Fødselsdato:			
Adresse:					
Telefon:		Mobil:			
E-post (vennligst skriv tydelig):					
Gift/samboer/fraskilt/enslig:					
Barn (antall, alder og kjønn):					
MEDISINSK HISTORIE					
Nåværende medisiner:					
Kosttilskudd eller andre medisiner uten resept:					
Allergier:					
Operasjoner eller andre sykehusopphold:					
Vennligst kryss av for følgende lidelser du har, eller har hatt, i tillegg til å indikere hvem, dersom noen i din nærmeste familie har, eller har hatt, lidelsen. Vennligst benytt "D" dersom vedkommende døde av lidelsen. Eks:					
Diabetes	X	Mor	Kreft		Morfar D
Lidelse	Selv	Familie	Lidelse	Selv	Familie
Astma			Mononukleose		
Emfysem/KOLS			Anemi		
Tuberkulose			Kreft		
Lungebetennelse			Slag		
Diabetes 1			Sår i mage/tarm kanal		
Diabetes 2			Nyre problemer		
Høyt blodtrykk			Gulsott		
Hjerte problemer			Alkoholisme		
Revmatisme			Narkotika/piller		
Artrose/artritt			Depresjon		
Urinsyregikt			Selvmondsforsøk		
Galleblære			Epilepsi		
Skjoldbruskkjertel			ADHD		

Nåværende symptomer/ tilbakevendende symptomer (vennligst lest skjema fra venstre til høyre)

GENERELLE SYMPTOMER

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Søvnløshet | <input type="checkbox"/> Trethet | <input type="checkbox"/> Dårlig søvn | <input type="checkbox"/> God søvn |
| <input type="checkbox"/> Kalde hender | <input type="checkbox"/> Kalde føtter | <input type="checkbox"/> Kald rygg | <input type="checkbox"/> Kald på bryst/mage |
| <input type="checkbox"/> Feber | <input type="checkbox"/> Frysninger | <input type="checkbox"/> Nattesvette | <input type="checkbox"/> Svette lett |
| <input type="checkbox"/> Dårlig appetitt | <input type="checkbox"/> Stor appetitt | <input type="checkbox"/> Vekslede appetitt | <input type="checkbox"/> Salthunger |
| <input type="checkbox"/> Sterk tørste
(kalde/varme drikker) | <input type="checkbox"/> Uvanlige smaker/lukter | <input type="checkbox"/> Plutselig energifall,
kl. | <input type="checkbox"/> Søthunger |
| <input type="checkbox"/> Svakhet i bestemte kroppsdeler, hvilke: | | <input type="checkbox"/> Dårlig konsentrasjon | <input type="checkbox"/> Nedsatt koordinasjon |
| <input type="checkbox"/> Får lett blåmerker eller blør lett, hvor: | | <input type="checkbox"/> Høydeskrekk | <input type="checkbox"/> Andre fobier |

Andre generelle symptomer:

HUD OG HÅR

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Utslett | <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Kløe |
| <input type="checkbox"/> Endr. i hudoverflaten | <input type="checkbox"/> Kviser | <input type="checkbox"/> Byller | <input type="checkbox"/> Sårdannelser |
| <input type="checkbox"/> Håravfall | <input type="checkbox"/> Endringer i hårkvalitet | <input type="checkbox"/> Flass | |

Andre hud og hår problemer:

HODE, ØYNE, ØRE, NESE og HALS

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Migrene | <input type="checkbox"/> Regelmessig hodepine | <input type="checkbox"/> Smerter i ansiktet |
| <input type="checkbox"/> Slitne øyne | <input type="checkbox"/> Smerter i øyne | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn | <input type="checkbox"/> Dårlig nattesyn |
| <input type="checkbox"/> Fargeblindhet | <input type="checkbox"/> Uklart syn/synsflekker | <input type="checkbox"/> Grå/grønn stær | <input type="checkbox"/> Macula degenerasjon |
| <input type="checkbox"/> Øreverk | <input type="checkbox"/> Øresus | <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel | <input type="checkbox"/> Mye ørevoks |
| <input type="checkbox"/> Bihuleproblemer | <input type="checkbox"/> Neseblod | <input type="checkbox"/> Skorpedannelse i nesen | <input type="checkbox"/> Polypper |
| <input type="checkbox"/> Mye slim i hals | <input type="checkbox"/> Tørr hals | <input type="checkbox"/> Tørr munn | <input type="checkbox"/> Stor spyttsekresjon |
| <input type="checkbox"/> Gjentakende sår hals | <input type="checkbox"/> Problematiske mandler | <input type="checkbox"/> Stemmetap | <input type="checkbox"/> Hoste |
| <input type="checkbox"/> Tann problemer | <input type="checkbox"/> Tannkjøttproblemer | <input type="checkbox"/> Sår på lepper/tunge | <input type="checkbox"/> Skjærer tenner |

Andre hode, øyne, øre, nese eller hals problemer:

HJERTE OG KARSYSTEMET

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Lavt blodtrykk | <input type="checkbox"/> Bryst smerter | <input type="checkbox"/> Uregelm. hjerteslag |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Besvimelse | <input type="checkbox"/> Kalde hender/føtter | <input type="checkbox"/> Hevelse i hender/føtter |
| <input type="checkbox"/> Pustebesvær | <input type="checkbox"/> Blod propp | <input type="checkbox"/> Årebetennelse | <input type="checkbox"/> Åreknuter |

Andre hjerte/kar problemer:

RESPIRASJON

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Bronkitt | <input type="checkbox"/> Hoste | <input type="checkbox"/> Hoste av blod |
| <input type="checkbox"/> Lungebetennelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Byller | <input type="checkbox"/> Sårdannelser |
| <input type="checkbox"/> Håravfall | <input type="checkbox"/> Endringer i hårkvalitet | <input type="checkbox"/> Fluss | |

Andre respirasjonsproblemer:

FORDØYELSESSYSTEMET

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Diaré | <input type="checkbox"/> Blodig avføring | <input type="checkbox"/> Svart avføring |
| <input type="checkbox"/> Smerter i endetarm | <input type="checkbox"/> Hemoroider | <input type="checkbox"/> "Sensitiv mage" | <input type="checkbox"/> Kolikk/kramper |
| <input type="checkbox"/> Luft i magen | <input type="checkbox"/> Raping | <input type="checkbox"/> Kvalme | <input type="checkbox"/> Oppkast |
| <input type="checkbox"/> Dårlig ånde | <input type="checkbox"/> Bruk av avføringsmidler. | Antall ganger per uke: | |

Avføring:

Hvor ofte:

Farge:

Lukt:

Konsistens:

Andre fordøyelsesproblemer:

URINVEIER og MANNLIG KJ.ORG

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Smerter v/vannlating | <input type="checkbox"/> Hyppig vannlating | <input type="checkbox"/> Blod i urinen | <input type="checkbox"/> Inkontinens |
| <input type="checkbox"/> Probl. m/å holde seg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sengevæting | <input type="checkbox"/> Nyresten/grus |
| <input type="checkbox"/> Våkner for å tisse | Hvor ofte : /natt | <input type="checkbox"/> Kjønnssykdom | <input type="checkbox"/> Impotens |
| | Kl.: | | |

GYNEKOLOGI og SVANGERSKAP

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alder første mens: | <input type="checkbox"/> Dager i syklus: | <input type="checkbox"/> Varighet mens: | <input type="checkbox"/> Uregelmessig mens |
|---|--|---|--|

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blødning (beskriv nedenfor) | <input type="checkbox"/> Klumper | <input type="checkbox"/> Siste mens: | <input type="checkbox"/> PMS _ |
| <input type="checkbox"/> Smerter v/mens | <input type="checkbox"/> Utflod | <input type="checkbox"/> Lukt: | <input type="checkbox"/> Farge: |
| <input type="checkbox"/> Smerter v/samleie | <input type="checkbox"/> Vaginale sår | <input type="checkbox"/> Klumper i bryst | <input type="checkbox"/> Cyster |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> Prevensjon: Type:
Hvor lenge: | |
| <input type="checkbox"/> Antall graviditeter | <input type="checkbox"/> Naturlige aborter | <input type="checkbox"/> Abort v/inngrep | <input type="checkbox"/> Keisersnitt |
| <input type="checkbox"/> Prematur fødsel | <input type="checkbox"/> Sv.skaps forgiftning | <input type="checkbox"/> Sterk kvalme | <input type="checkbox"/> Bekkenløsning |

Andre gynekologi/svangerskaps problemer:

MUSKEL- og SKJELETTPLAGER

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nakke smerter | <input type="checkbox"/> Muskelsmerter | <input type="checkbox"/> Ryggsmerter | <input type="checkbox"/> Leddsmerter |
| <input type="checkbox"/> Senebetennelser | <input type="checkbox"/> Morgenstivhet | <input type="checkbox"/> Vandrende smerter | <input type="checkbox"/> Væravhengige smerter |

Andre muskel- og skjelettplager:

NEVROFYSIOLOGISKE PLAGER

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epileptiske anfall | <input type="checkbox"/> Nummenhet | <input type="checkbox"/> Nedsatt hukommelse | <input type="checkbox"/> Hjernerystelse |
| <input type="checkbox"/> Dårlig konsentrasjon | <input type="checkbox"/> Lett stresset | <input type="checkbox"/> Raserianfall | <input type="checkbox"/> Depresjon |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Selvmordstanker | <input type="checkbox"/> Mottatt behandling for psykiske problemer | |

Andre nevrofysiologiske plager:

DIVERSE

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Røyker | Hvor mange per dag:
Hvor lenge: | <input type="checkbox"/> Har sluttet | <input type="checkbox"/> Festrøyker |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | Hvis daglig, hvor mye:
Per uke:
Per måned: | <input type="checkbox"/> Drikker deg ofte full | <input type="checkbox"/> Nyter ikke alkohol |

Hvor mye vekt har du gått opp eller gått ned det siste året?

Dato: _____

Pasientens signatur

Signatur av foreldre