

PATIENTHISTORIK allt nedan fylls i av patienten		Datum här fylls i av doktorn År: _____ Månad: _____ Dag: _____	
Kod- identitetsnummer			
Patientansvarig läkare		Läkarens telefonnummer	Senast läkarundersökt
Längd cm		Vikt kg	
Huvudorsak till läkarbesöket			

MEDICINSK FAMILJEHISTORIK									
Besvär/sjukdom/ symptom	Egen	Familj	Besvär/sjukdom/ symtom	Egen	Familj	Besvär/sjukdom/ symtom	Egen	Familj	
Krampanfall			Astma/KOL			Diarré			
Migrän eller huvudvärk			Sömnapné			Leversjukdom			
Yrsel			Pulmonell hypertension			Gallblåsesjukdom/stenar			
Förlust av medvetande			Andfåddhet			Magsår			
Stroke			Oregelbunden hjärtrytm			Ulcerös kolit			
Grön starr			Hjärtinfarkt			Morbus crohn			
Sköldkörtelsjukdom			Kärkramp			Kolit			
Övervikt, fetma			Hjärtklappning			IBS			
Diabetes			Hjärtklaffssjukdom			Förstopning			
Högt blodsocker			Hjärtsvikt			Drogmissbruk			
Onormalt kolesterol			Högt blodtryck			Depression			
Sömnsvårigheter			Reumatisk feber			Ångesttillstånd			
Demens			Tuberkulos			Ätstörning			
Trauma fysisk/psykisk			HIV			Alkoholproblem			
Olycka trafik/annan			-----	--	--	-----	--	--	
Cancer (v g ange)			Annat, (v g ange)			Annan psykisk sjukdom, (v g ange)			

GENOMGÅNGNA OPERATIONER OCH SJUKHUSVISTELSER	
Orsak och diagnos	År

ANDRA LÄKARKONTAKTER NAMN	

ALLERGIER ELLER KÄNSLIGHET FÖR LÄKEMEDEL		<input type="checkbox"/> Nej, inga kända allergier (markera med X)
Läkemedel eller allergi	Reaktion	

AKTUELLA MEDICINER			
Namn	dos & frekvens	sedan år/månad	orsaken till användning

Medicin namn <i>fortsättning</i>	dos & frekvens	sedan år/månad	orsaken till användning

KOSTTILLSKOTT ICKE RECETPBELAGDA ÖVRIGA LÄKEMEDEL			
Namn	dos & frekvens	sedan år/månad	orsaken till användning

SCREENING - TIDIGARE UTFÖRDA UTREDNINGAR/PROVTAGNINGAR		
TEST	datum gjort senast	resultat / status / slutsats
Blodvärde (Hb)		
Blodsocer (P-Glukos)		
Njurvärde (Na, K, Kreatinin)		
Kolesterol		
Koloskopi		
Cellprov (kvinnor)		
Mammografi		
Protstataundersökning, PSA (män)		
Hjärtutredning (EKG, ultraljud, arbetsprov)		
Transvaginalt ultraljud (kvinor)		

KVINNliga PATIENTER				
Konstaterad händelse/besvär/symptom sätt x	Ingen	Mild	Måttlig	Allvarlig
Sömnbesvär				
Ångest, oro				
Irritation				
Depression, humörsvängningar (ex ilska/ledsen)				
Matbegär				
Vallningar, svettningar				
Nattliga svettningar				
Vaginal torrhet				
Urinläckage				
Torr hud, rynkor				
Torrt hår				
Trötthet				
Minnesstörningar				
Koncentrationssvårigheter				
Håravfall				
Förlust av sexualdrift/orgasm				
Muskelsvaghet/förlust av muskelmassa				
Muskel och ledsmärta				
Förlust av pubishår				

MANLIGA PATIENTER				
Konstaterad händelse/besvär/symptom sätt x	Ingen	Mild	Måttlig	Allvarlig
Torr hud, rynkor				
Torrt hår				
Sömnbesvär				
Ångest, oro				
Irritation				
Depression, humörsvingningar (ex ilska/ledsen)				
Matbegär				
Nattliga svettningar				
Trötthet				
Minnesstörningar				
Koncentrationssvårigheter				
Håravfall				
Förlust av sexualdrift/orgasm				
Muskelsvaghet/förlust av muskelmassa				
Muskel och ledsmärta				
Svårighet att bibehålla erektion				
Svårighet att få erektion				
För tidig utlösning				
Förlust av maskulinitet, självförtroende, ilska				

OB/GYN HISTORIK KVINNLIGA PATIENTER

Senaste menstruationsperiod: _____ Ålder vid första menstruation: _____

Om du menstruerar. Menstruationscykel: _____ antal dagar.

Markera med ett X om något påstående stämmer med ditt menstruationstillstånd: Smärta
 Rikliga blödningar Oregelbundna blödningar Mellanblödningar

Är du gravid: Nej Ja
 Ammar du: Nej Ja
 Försöker du bli gravid: Nej Ja

Antal graviditeter: ___ Varav vaginala: ___ Varav kejsarsnitt: ___ Antal aborter: ___ Antal missfall: ___

PERSONLIG OCH SOCIAL HISTORIK

Yrke: _____ Stressnivå 1-10 (1 låg, 10 hög): _____

Civilstånd: _____ Antal barn: _____
 Känner du dig trygg i ditt förhållande? 1-10 (1 otrygg, 10 väldigt trygg): _____

Nyttjar du alkohol? Svara Ja eller Nej: _____ Om Ja, vilken typ/sort? _____ Hur många glas per vecka? _____

Nyttjar du tobak? Svara Ja eller Nej: _____ Om Ja, antal år totalt? _____
 Senast använt / slutat nyttja tobak datum? _____ Antal cigaretter per dag: _____
 Antal cigarrer per dag: _____ Antal doser snus per dag: _____

Annan droganvändning: Svara Ja eller Nej: _____ Har du någonsin tagit vardagsdroger utifrån ett upplevt behov? Svara Ja eller Nej: _____ Om Ja, har du injicerat drogen: _____

Sexuell aktivitet? Svara Ja eller Nej: _____ Sexuell läggning markera rätt alternativ med ett X:
 heterosexuell ___ bisexuell ___ homosexuell ___ Preventivmedel idag: _____ tidigare: _____

Hobbys/intressen

ANDRA SYMTOM vänligen notera i kolumn "ja" symptom du känner igen för din egen del. Svarar du "ja" lämna en sammanfattande beskrivning av din upplevelse.		
Symtom bekanta för mig sätt x	Ja	Om ja, beskriv upplevelsen och längden på densamma
Feber/frossa		
Uttalad trötthet		
Vikt nedgång/uppgång		
Förstorade lymfkörtlar		
Lätt att få blåmärken		
Dimsyn		
Tinnitus (öronsus)		
Hörselbesvär		
Sår i munnen		
Bihålebesvär		
Kardiovaskulär:		
Bröstmärta vid vila eller ansträngning		
Kalla händer/kalla fötter		
Svullnad ben		
Gastrointestinal:		
Förstoppning		Antal tarmtömningar/dag: _____
Diarré		
Uppsvälld mage		
Sura uppstötningar/gasbildning		
Rapning onormal		
Blod i avföringen		
Törst: avsaknad/överdriven		Antal glas/dag: _____
Urogenital:		
Smärta när du kissar		
Grumlig/blodig urin		
Kissar du många gånger på dagen		Antal tillfällen du kissar/dag: _____
Svårigheter att kissa		
Minskad urinmängd		
Muskuloskeletal: <i>obs forts</i>		
Går du till kiroprakter		
Regelbund kroppsbehandl/massage		
Ryggsmärta		
Nacksmärta		
Skuldersmärta		
Armsmärta		
Höftsmärta		
Knäsmärta		
Annan smärta		Vilken: _____
Smärtpunkter i muskulaturen		Antal: _____
Hud:		
Acne (finnar)		
Torr hud		
Fet hud		
Förslappad hud		
Rynkor		
Hudförändringar/utslag		
Hudcancer tidigare		
Använder du solskyddsfaktor		

Hud: fortsättning

Efter solexponering, vad sker med dig? Välj ett alternativ. X

Sällan bränd Aldrig bränd Blir brun Bränd Ibland bränd

Celluliter		
Skönhetsåtgärder: botox, juvederm eller laser		
Emotionell:		
Går du till terapeut/psykiatriker		
Depression		
Oro/ångest		
Stress		

NUTRITIONSUTVÄRDERING

Andel grönsaker per portion i %. Välj ett alternativ markera med X

<10 % 20 - 40 %
41 - 60 % >60 %

Antal måltider per dag (alla): _____

Antal mellanmål per dag (alla): _____ Vad äter du då: _____ och när äter du detta: _____

Mat allergier/överkänsligheter:

Mat du inte tycker om:

Mat du har begär efter: _____

Någon speciell tidpunkt på dygnet ditt begär uppstår: _____

Vaknar du hungrig på natten: Om, svar Ja, vad gör du då:

Beteendekaraktär: Välj ett alternativ. Sätt ett kryss X

<input type="checkbox"/>	Alltid lugn och avslappnad	<input type="checkbox"/>	Sällan lugn och ständigt drivande
<input type="checkbox"/>	Vanligtvis lugn och avslappnad	<input type="checkbox"/>	Aldrig lugn och överambitiös
<input type="checkbox"/>	Ibland lugn men ofta otålig	<input type="checkbox"/>	Väldigt drivande och svårt att koppla av

Besvara ja eller nej, sätt X	Nej	Ja	Besvara ja eller nej, sätt X	Nej	Ja	Om nej, vem, vilka?
Äter ute dagligen			Planerar mina måltider			
Äter ute _____ ggr/vecka		-----	Lagar mina måltider själv			
Äter snabbmat varje dag			Handlar mat			
Äter snabbmat _____ ggr/vecka		-----	Använder inköpslista			
Dricker läsk			Tidpunkt för inköp			
Dricker läsk _____ ggr/vecka		-----	Använder sötningsmedel			Om Ja, vilket _____
Äter när jag är stressad			Använder smör			
Är stressad för närvarande			Använder margarin			
Hoppar över måltider			Använder kaffe/te			Om Ja; hur många koppar _____
			Äter p g a sällskap			

<i>Om viktnedgång är ett mål för dig, vänligen svara på nedanstående frågor:</i>	
Målvikt kg:	Vid vilken tidpunkt vill du nå målvikten, datum?
Födelsevikt kg:	Vikt för ett (1) år sedan kg:
Högsta vikt hittills (icke gravid) kg:	Lägsta vikt vid ålder över 18 år kg:
Tidpunkt för högsta vikt (icke gravid) datum:	
Huvudorsak för beslut om viktnedgång	
När började du gå upp i vikt (ange orsak, om du vet)	
Tidigare strategi viktnedgång	Datum och resultat av viktnedgång

Typisk frukost <i>skriv</i>	Typisk lunch <i>skriv</i>	Typisk middag <i>skriv</i>
Klockslag?	Klockslag?	Klockslag?
Var?	Var?	Var?
Med vem/ingen?	Med vem/ingen?	Med vem/ingen?
Aktivitetsnivå - välj ett av alternativen nedan - sätt ett kryss X		
Ingen aktivitet: ingen fysisk aktivitet med stillasittande arbete.		<input type="checkbox"/>
Lätt aktivitet: ingen organiserad fysisk aktivitet under ledig tid.		<input type="checkbox"/>
Måttlig aktivitet: tillfälligt utövande av t ex golf, tennis, jogging, simning eller cykling.		<input type="checkbox"/>
Regelbunden aktivitet: styrketräning eller återkommande träning; jogging, simning, cykling eller annan aktiv sport åtminstone 3 gånger i veckan.		<input type="checkbox"/>
Hög aktivitet: deltagande i fysisk träning minst 60 min/gång minst 4 gånger/vecka.		<input type="checkbox"/>
<p>Vänligen beskriv dina generella hälsomål och förbättringar du önskar göra:</p> <p><i>Denna information kommer att hjälpa oss att bedöma dina individuella problemområden och fastställa din medicinska behandling.</i></p> <p>Tack för du tog dig tid att besvara detta formulär. <i>Cecilia Fürst</i></p>		