

PASIENT INFORMASJON

Dato: _____ Navn: _____

Født: _____ E-post adresse: _____ Tlf: _____

Adresse: _____

Hvordan hørte du om Oddveig/Optimalhelse Senter Skien? _____

Navn på pårørende: _____ Tlf: _____

Hva jobber du med/har du jobbet som? _____

Hva er de største helse problemene du søker behandling for?

1. _____

2. _____

3. _____

Tidligere behandlet hos (sett kryss): Lege Fysioterapi Sykehus Kiropraktikk Akupunktør

Osteopati Homøpati Soneterapi Annet _____

Hva slags medisiner, både på resept og uten, tar du nå? Bruk baksiden av arket hvis du trenger mer plass.

1. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

2. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

3. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

4. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

5. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

6. _____ Styrke: _____ Antall per dag _____

Vennligst list opp alle vitaminer og kosttilskudd du tar. Bruk baksiden av arket hvis du trenger mer plass.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Har du allergi til noe type medisin? _____ Mat? _____

Andre allergier? _____

Har du hatt kirurgiske inngrep? Ja Nei Hvis svaret er ja, hva slags og når hadde du det?

Finnes det fremmedlegemer i kroppen? Kunstige ledd Nagler Pacemaker Spiral Silikon

Andre _____

Tidligere sykdommer: _____

GENERELLE OPPLYSNINGER

Du må ikke slutte plutselig med medisiner, eller å la være å oppsøke legen din, uten samråd med legen eller den som har satt deg på medisinen. Oppsatte timer må avbestilles senest virkedagen før (for mandagstimer må timen avbestilles på fredager), ellers må timen betales fullt ut av pasienten.

Sted, dato

Underskrift

Jeg samtykker herved i at det opprettes journal med personopplysninger for meg

KOSTHOLD:

Beskriv HVA DU SPISER på en vanlig dag. Skriv også ned når på dagen du spiser.

| | |
|-----|--------------------|
| Kl: | Frokost: |
| Kl: | Lunsj: |
| Kl: | Middag: |
| Kl: | Mellom-måltid(er): |

MATVANER:

Hvor mye vann drikker du om dagen?

Hvor mye alkohol og hvilket type drikker du i uka?

Hvor mye kaffe/koffein drikker du dagen (kopper)? _____ Brus /Kaffe / Te / Annet (marker det som passer)

Hvor ofte spiser du ferdiglaget mat/restaurant mat?

Hvor ofte spiser du fisk/sjømat? _____/uka Hva slags fisk/sjømat? _____

Hvor ofte har du avføring og hvordan er den ?

GENERELLE LIVSSTILS-SPØRSMÅL

Hvor ofte trimmer du/er du i aktivitet?

Hva slags trim/aktivitet holder du på med?

Røyker/snuser du? Ja Nei

Hvis Ja: Antall sigaretter/snus om dagen? _____
Hvilket sigarett/tobakko merke?

SØVN

Hvor mange timer sover du om natten? _____ Er du uthvilt når du våkner? Ja Nei

Hvis du våkner opp på natten, er det stort sett til samme tid? Ja Nei Klokka?: _____

Vet du hvorfor du våkner opp?

Hva er stress nivået ditt? 1 lavest – 10 høyest?

Hva er kilden til stresset ditt?

Hvordan føler du deg/hva er det typiske humøret ditt på en vanlig dag?

Hva er det du ikke kan/klarer å gjøre nå, men som du vil gjerne gjøre når du blir frisk/bedre?

Har sykdommen din forandret livet ditt på en positiv måte?

Hva er helse målet ditt? (Hvis mulig, nev 3 mål)

GENERELLE SYMPTOMER:

Marker alle symptomene som du har NÅ eller som du har hatt ofte FØR:

| | Nå | Før | | Nå | Før |
|---|----|-----|-------------------------------------|----|-----|
| Synsforstyrrelser eller forandringer av synet | | | Blod i urinen | | |
| Vanskelig/vondt å svelge | | | Smerter ved urinering | | |
| Munnsår | | | Tisser på natta | | |
| Vondt/klør i ørene | | | Vanskelig å tisse | | |
| Tinnitus/Øresus | | | Inkontinens/Lekker fra blæra | | |
| Bihulebetennelse | | | Redusert trykk på urin-strålen | | |
| Svelgeproblemer | | | Besvimt | | |
| Hoste | | | Epileptiske anfall | | |
| Mye slim i hals/lunger | | | Mangler følelser i deler av kroppen | | |
| Spytter opp blod | | | Slag | | |
| Snorking | | | Balanse vansker | | |
| Pustevansker | | | Svake muskler | | |
| Smerter i brystet | | | Ledd problemer | | |
| Hovne ledd uten smerter | | | Smerter - uspesifisert | | |
| Hjerteklapp | | | Brukket ben i kroppen | | |
| Mye blåflekker | | | Sukkersyke | | |
| Blør lett | | | Lavt stoffskifte | | |
| Ømme/Hovne lymfekjertler | | | Høyt stoffskifte | | |
| Kvalme/oppkast | | | Hete tokter | | |
| Forandring i avføringen (farge, blod e.l.) | | | Hudforandringer | | |
| Kramper/smerter i mage | | | Utslett | | |
| Kolonoskopi | | | Kløe | | |

| KVINNER | | | | MENN | | |
|--|----|-----|---------|---|----|-----|
| Har du vært gravid? Hvis ja, hvor mange ganger? | Ja | Nei | Antall? | Vanskelig å urinere? | Ja | Nei |
| Har du hatt abort (frivillige eller spontane)? Hvis ja, antall: | Ja | Nei | | Svak urinstråle, drypper mye eller lenge? | Ja | Nei |
| Sjekker du brystene dine regelmessig? | Ja | Nei | | Urinerer på natten? | Ja | Nei |
| Har du noen bryst-symptomer? (Ømme, lymfeknuter, hud eller hårforandring...) | Ja | Nei | | Problemer med ereksjonen? | Ja | Nei |
| Forandring i skjeden; tørrhet, smerte, lukt eller lignende | Ja | Nei | | Sjekker du testiklene for kreft? | Ja | Nei |
| Er du gravid nå? | Ja | Nei | | | | |

NÅVÆRENDE SYMPTOMER:

Den neste delen av dette skjemaet inneholder beskrivelser av symptomer som du kanskje har. Svar på disse spørsmålene så godt du kan da svarene er til stor hjelp med å kartlegge dine helse-problemer. Sett kryss slik: **0** betyr at du aldri har symptomene, **1** betyr sjeldent (1 gang i mnd), **2** betyr av og til (1 gang i uka), og **3** betyr ofte/hele tiden (daglig).

| Kategori I: Co S | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Kjennes som om tarmene ikke tømmes fullstendig | | | | |
| Smerter i nedre del av magen som blir bedre ved avføring eller fising | | | | |
| Diaré og/eller forstoppelse | | | | |
| Hard, tørr og/eller liten avføring | | | | |
| Mer enn 3 avføringer om dagen | | | | |
| Bruker avføringsmiddel for å få tømt tarmene. <i>Hvor ofte?</i> _____ | | | | |
| Kategori II: St S – HCI-L | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Mye raping og/eller halsbrann | | | | |
| Oppblåst i tarmene, ofte etter måltider | | | | |
| Treg avføring – det tar lang tid før maten blir fordøyd og kommer ut av kroppen | | | | |
| Føler deg veldig mett etter måltider og dette varer i veldig mange timer | | | | |
| Vanskelig å fordøye frukt og grønnsaker/du kan se at det er ufordøyd mat i avføringen | | | | |
| Har ofte lyst på noe søtt etter at du har spist et måltid | | | | |
| Kategori III: St S – HCI-H | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Magesmerter, brenning og/eller uvelhet i magen som varer ca 2-4 timer etter måltider | | | | |
| Bruker medisin/tabletter for halsbrann/sure oppstøt | | | | |
| Føler deg sulten kort tid etter å ha spist, gjerne innen 1-2 timer etter måltid | | | | |
| Halsbrann/sure oppstøt hvis du legger deg ned eller bøyer seg fremover | | | | |
| Fordøyelsesproblemer blir bedre ved hvile og avslapping | | | | |
| Halsbrann/sure oppstøt når du spiser visse typer mat. Hvilken mat? | | | | |
| Kategori IV: SI S | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Fiber og/eller rå grønnsaker lager forstoppelse | | | | |
| Fordøyelsesproblemer eller følelse av at man er veldig mett, varer mer enn 3-4 timer etter måltid | | | | |
| Smerter/ømhet/sår på venstre side under ribbeina | | | | |
| Fiser mye | | | | |
| Kvalme og/eller oppkast | | | | |
| Ufordøyd mat i avføringen og/eller at avføringen stinker og man kan se slim, fett eller at den er løs. (Spesifiser hvilke av disse symptomene du har) | | | | |
| Kategori V: Bi S | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Fett, smør, olje og/eller fettrik mat forstyrrer/irriterer fordøyelsen | | | | |
| Luft i nedre del av magen som starter flere timer (5-7 timer) etter måltider | | | | |
| Smaken av metall i munnen, spesielt om morgenen | | | | |
| Uforklarlig kløe i huden | | | | |
| Farge på avføringa er lysebrun eller leire-farget | | | | |
| Tørr hud og/eller tørt hår | | | | |
| Kategori VI: BS – RH | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sugen på sukker stort sett hele dagen | | | | |
| Irritert, svimmel og/eller hodepine hvis du hopper over et måltid. | | | | |
| Nervøs, ustø, og/eller skjelvende når du hopper over måltid | | | | |
| Avhengig av kaffe for å starte dagen eller for å komme i gang med ting | | | | |
| Trøtthet forsvinner når du spiser | | | | |
| Blir lett irritert, engstelig eller urolig | | | | |
| Dårlig husk/glemmer lett | | | | |
| Uskarpt syn som kommer og går eller som blir dårligere utover dagen | | | | |

| Kategori VII: BS S - IR | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Trøtt/sovner gjerne etter (store) måltider | | | | |
| Sugen på søtt, gjerne etter måltider men også utenom | | | | |
| Fortsatt lyst på søtsaker selv om man har spist søt mat med sukker | | | | |
| Urinerer ofte | | | | |
| Økt tørste og appetitt | | | | |
| Vanskelig for å gå ned i vekt (hvis du har prøvd) | | | | |
| Magen er like stor <i>eller større</i> enn hoftene dine (sett sirkel rundt svaret) | Ja / Nei | | | |
| Kategori VIII: ASI - L | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Liker og er sugen på salt mat/snacks | | | | |
| Treg på morgenen. Tar lang tid før man kommer i gang med dagen. | | | | |
| Blir veldig trøtt om ettermiddagen, gjerne mellom kl 14-16:00 | | | | |
| Svimmel hvis du reiser deg fort | | | | |
| Hodepine om ettermiddagen | | | | |
| Hodepine ved stress og anstrengelser | | | | |
| Tynne negler som fliser seg eller sprekker/brekker lett | | | | |
| Kategori IX: ASI - H | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Vanskelig med å sovne på kvelden/ligger våken lenge før du sovner | | | | |
| Svette lett og/eller svetter mye ved liten aktivitet | | | | |
| Har mye stress/føler deg veldig stresset | | | | |
| Legger på deg når du stresser | | | | |
| Våkner opp på morgenen og er veldig trøtt selv om man sover godt i 6 timer eller mer | | | | |
| Indre uro/nervøsitet | | | | |
| Kategori X: T-L | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Føler deg trøtt og sliten | | | | |
| Kalde hender og føtter, og/eller blir fort kald | | | | |
| Trenger mer enn 8 timer for å føle deg helt uthvilt | | | | |
| Legger på deg fort selv når du spiser lite mat | | | | |
| Treg og/eller få avføringer | | | | |
| Mangler motivasjon og synes det meste i livet er litt kjipt/uinteressant | | | | |
| Hodepine om morgenen som blir bedre utover dagen | | | | |
| Tynne øyebryn, spesielt ytterste del | | | | |
| Mister hår på hodet, og/eller lite hår kroppen | | | | |
| Tørr hud og/eller hodebunn | | | | |
| Mentalt treg/vanskelig å konsentrere seg/tåkete i hodet | | | | |
| Kategori XI: T- H | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ofte hjertebank | | | | |
| Intern risting (kjennes ut som om kroppen vibrerer eller rister innvendig) | | | | |
| Økt hvilepuls. Ta hvilepuls din og noter det her: | | | | |
| Nervøs, følsom og engstelig | | | | |
| Søvnløshet: vanskelig å sovne på kvelden og/eller våkner opp på natten (marker det som passer). | | | | |
| Svette om natten. Hvis du gjør det, hvor på kroppen svetter du? | | | | |
| Vanskelig å legge på deg | | | | |

Takk for at du fylte ut dette skjemaet!