

PASIENT INFORMASJON

Dato: _____ Navn: _____
 Født: _____ E-post adresse: _____ Tlf: _____
 Adresse: _____
 Hvordan hørte du om Dr. Oddveig/OSS _____
 Navn på pårørende: _____ Tlf: _____

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, la være å oppsøke lege uten samråd med 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

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, 2 betyr av og til, og 3 betyr ofte/hele tiden.**

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				
Forstoppelse				
Både diaré and 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 er mye oppblåst i tarmene				
Oppblåst i tarmene og oftest 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				
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				
Midlertidig bedring av mageproblemer ved bruk av syrenøytraliserende medisiner, mat, melk eller drikke med kullsyre				
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/ømhets/sår på venstre side under ribbeina				
Fiser mye				
Kvalme og/eller oppkast				
Ufordøyd mat i avføringen og/eller at avføringen lukter veldig og man kan se slim, fett eller at den er løs. (Spesifiser hvilke av disse symptomene du har)				
Urinerer/tisser mye				
Økt tørste og/eller appetitt i forhold til tidligere				
Vanskelig å gå ned i vekt				
Kategori V: Bi S	0	1	2	3
Fett, smør, olje og/eller feit 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				
Røde håndflater, rød på fotsolene og/eller ofte rosa/røde kinn i fjeset				
Tørr hud og/eller tørt hår				
Har hatt episode med gallestein og/eller problemer med galleblæra	Ja / Nei			
Har du fjernet galleblæra?	Ja / Nei			

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 etter måltider				
Sugen på søtt, spesielt etter måltid				
Fortsatt lyst på søtsaker selv om man har spist litt mat med sukker				
Urinerer ofte				
Økt tørste og appetitt				
Dietter for å gå ned i vekt har liten effekt				
Magen er like stor <i>eller større</i> enn hoftene dine	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 er fort kald				
Trenger mer enn 8 timer for å føle seg 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 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				

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):

Hvor ofte har du avføring?

Hvor mye vann drikker du om dagen?

Hvor mye kaffe/koffein drikker du dagen (kopper)?

Hvor mye alkohol drikker du i uka? Hvilken type?

Brus /Kaffe / Te / Annet (marker det som passer)

Hvor ofte spiser du ferdiglaget mat/restaurant mat?

Hvor mye nøtter og frø spiser du i uka?

Hvor ofte spiser du fisk/sjømat?

Hva slags fisk/sjømat?

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, nevnt 3 mål)

Hva er du villig til å gjøre for at du skal oppnå disse målene?

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 testikkene for kreft?	Ja	Nei
Er du gravid nå?	Ja	Nei				

Takk for at du fylte ut dette skjemaet!