



Danderyds Sjukhus

Datum

**Diagnostiskt Centrum**

Mottagare

Adress

Postadress

**Välkommen till Diagnostiskt Centrum!**

Vi kommer tillsammans med dig göra en noggrann genomgång av din sjukhistoria. Meningen med frågeformuläret är att få med all information som vi kan behöva för komma till rätt diagnos. Vi går igenom svaren tillsammans.

1. Har/hade dina föräldrar eller syskon någon cancersjukdom eller andra sjukdomar?
2. Var är du född, var är du uppväxt och var har du bott?
3. Vad är din aktuella sysselsättning/arbete och vad har du arbetat med tidigare?
4. Röker du eller har du rökt tidigare?
  - a. När började du röka?
  - b. När slutade du röka?
  - c. Hur många cigaretter rökte/röker du per dag?
5. Hur mycket alkohol dricker du i genomsnitt på en vecka?
6. Hur ofta tränar du fysiskt ?
7. Vilka läkemedel tar du regelbundet och vid behov?

Om du har en läkemedelslista kan du ta med den till läkarbesöket, annars får du gärna skriva ner det här.

Datum

Nr

Ange gärna preparat, styrka och antalet tabletter och vid vilka tider de tas.

8. Vilka naturläkemedel använder du nu? (Hälsokostpreparat och liknande)
9. Har du haft ogynnsam effekt av något läkemedel eller naturläkemedel och på vilket sätt?
10. Vad har du haft för sjukdomar tidigare? (gärna med årtal och vilken behandling du fick.)
11. Har du blivit opererad? Och iså fall för vad och när?
12. Vilka sjukdomar har du/ får du behandling emot i dagsläget?
13. Vilka besvär har du idag? När började du få dessa besvär?
14. Kan du göra något för att lindra eller förvärra besvären?
15. Vilka undersökningar har du genomgått med anledning av dina besvär?
16. Har du röntgats tidigare av någon annan anledning? Och iså fall, var utfördes undersökningen och vad var det för undersökning?
17. Har du några luftvägs besvär?
18. Har du några hjärtbesvär?

Datum

Nr

19. Har du några besvär från mage eller tarm?
20. Har du några besvär från urinvägarna?
21. Har du några besvär från underlivet? (Slida, penis, pung)
22. Har du några psykiska symptom? (Ledsen, deprimerad eller orolig)
23. Har du ledbesvär? Och iså fall vilka leder är drabbade?
24. Har du muskelvärk? Iså fall var i kroppen?
25. Är du stel på morgonen, mer än en timme?
26. Har du feber? I så fall hur mycket?
27. Har du nattliga svettningar? I så fall, behöver du byta sovkläder/lakan?
28. Har du noterat några hudförändringar? Har någon ändrat utseende?
29. Har du låtit ta bort några hudförändringar?
30. Har du besvär från dina tänder? När var du senast hos tandläkaren?
31. Snarkar du och har du andningsuppehåll?
32. Har du gått ned i vikt? Hur många kilo på hur många månader?
33. Vilka länder har du besökt senaste åren?
34. Är det något annat du vill berätta?

Tack!

Datum

Nr