**Spørgeskema til udfyldelse inden samtale i psykiatrisk klinik**

Beskriv kort og med egne ord de problemer/symptomer, der har medført, at du har søgt læge:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du problemer med hukommelse, indlæring eller koncentration? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvordan er din søvn (normal, afbrudt, indsøvningsbesvær, tidlig opvågning)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du været hos psykolog? Ja\_\_ Nej\_\_\_\_

Har du haft skåret i dig selv eller forsøgt selvmord? Ja\_\_ Nej\_\_

Har du haft bulimi (spiseforstyrrelse)? Ja\_\_ Nej\_\_

Har du haft anorexi (spiseforstyrrelser)? Ja\_\_ Nej\_\_

Har du været psykotisk (ændret virkelighedsopfattelse)? Ja\_\_ Nej\_\_

Har nogen i din familie psykiske lidelser? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis ja, hvad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har nogen i din familie sukkersyge, epilepsi, hjertelidelse eller anden fysisk lidelse?

Ja\_\_ Nej\_\_ Hvis ja, hvad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du været indlagt på et sygehus? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvilket sygehus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvornår: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvad for: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du symptomer fra hjertet, brystsmerter, hjertebanken, åndenød, for højt eller for lavt blodtryk? Ja\_\_ Nej? \_\_

Hvis Ja - hvilke og hvor ofte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du stofskiftesygdom, sukkersyge, højt eller lavt stofskifte, overvægt eller andet? Ja\_\_ Nej\_\_\_ Hvis Ja – hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du tendens til mavesår, sur mave, sure opstød? Ja\_\_ Nej \_\_

Har du haft krampe eller andre epileptiske anfald? Ja\_\_ Nej\_\_

Har du haft migræne eller hovedpine? Ja\_\_ Nej \_\_

Har du haft andre neurologiske lidelser? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis Ja – hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du haft hjernerystelse? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis ja, hvilke og hvornår? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du andre legemlige problemer? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis Ja – hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lider du af allergi eller anden form for overfølsomhed? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis Ja – overfor hvilke stoffer/medicin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tager du medicin eller naturmedicin? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis Ja – hvilke?

Medicinnavn (f.eks. Magnyl) Dosis (f.eks. 150 mg) Antal pr. dag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du bivirkninger af din medicin? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvis Ja, hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Er du født til tiden? Ja\_\_ Nej\_\_

Din fødselsvægt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du været i kuvøse? Ja\_\_ Nej \_\_

Har du fulgt almindeligt vaccinationsprogram? Ja\_\_ Nej\_\_

Har du begået kriminalitet? Ja\_\_ Nej\_\_

Hvor høj er du?\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Hvor meget vejer du?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg

Hvor mange måltider indtager i døgnet? 1-2\_\_\_\_\_ 3-4\_\_\_\_\_\_ 5-6\_\_\_\_\_

Spiser du sund og varieret mad ? Ja\_\_ Nej\_\_\_

Alkohol (ugentligt forbrug): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tobak (dagligt forbrug):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dyrker du i gennemsnit motion mere end 30 min om dagen? Ja\_\_ Nej\_\_

Bruger du hash? Ja\_\_ Nej\_\_

Tager du andre stoffer? Ja\_\_ Nej Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_