

## 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, indsovningsbesvær, 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, brystmerter, 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)  
Antal pr. dag

Dosis (f.eks. 150 mg)

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

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

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  
du? \_\_\_\_\_kg

Hvor meget vejer

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: \_\_\_\_\_