

PATIENTFORMULÄR (PF)

Namn: _____ Pers.nr: _____ Datum: ____ / ____ 20____

Kön: man kvinna

Detta formulär är till för att Din läkare bättre skall förstå Dina eventuella fysiska eller psykiska problem. Läkaren kommer eventuellt att ställa flera frågor i samband med enskilda punkter.

VÄGLEDNING: Det är viktigt att Du fyller i JA eller NEJ på *samtliga* 28 frågor.

Har Du under den senaste månaden ofta haft...			Under senaste månaden					
	JA	NEJ		JA	NEJ			
1 Magont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Trötthet eller bristande energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Har Du haft skuld känslor eller känt oro för Din alkoholkonsumtion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ryggont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Sömnproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Har Du under någon enskild dag druckit 5 eller fler glas öl, vin eller sprit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Smärta i armar, ben, leder (höfter, knän etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Tappat kontrollen över ätandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 Smärtor eller problem vid menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Minskad lust att göra saker som Du vanligen tycker om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Har Du återkommande idéer, fantasier eller impulser som verkar dumma, konstiga, frånstötande eller hemska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Smärtor eller problem vid samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Att Du har känt Dig illa till mods, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 Nervositet, ångest eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Finns det saker som Du gör om och om igen, eller tankar Du måste tänka upprepade gånger för att känna Dig lugn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Smärtor i bröstet eller tryck över bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8 Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Ängslan över många olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Är Du rädd för att bli generad eller förödmjukad i sociala situationer, eller undviker Du sådana situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Svimningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10 Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Under senaste månaden			I det stora hela skulle Du beskriva Din hälsa som: Perfekt <input type="checkbox"/> Utmärkt <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Mindre god <input type="checkbox"/> Dålig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Har Du haft en plötslig känsla av ångest eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12 Förstoppning, lös avföring eller diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Har Du tänkt på att minska Din alkohol- konsumtion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13 Illamående, gasbildning eller matsmältnings- problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Har någon klagat på att Du dricker för mycket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			