

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