

Enkät inför hälsokontroll

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Mobilnummer:
Postnummer / Postadress:	Email:
Företag:	Frisk-/sjukvårdsleverantör:

Hej!

Vi vill med denna enkla enkät få reda på hur Du ser på ditt hälsotillstånd och behovet av kontroller av Din hälsa.

Dina svar i enkäten är troligen mer informativa än resultatet av de blodprover som vi tar inför besöket. Tankarna som frågorna väcker skall utgöra grunden för diskussionen med vår läkare.

Många frågor är kryssfrågor, men det är alltid bättre att om möjligt lägga till utvecklande kommentarer. Använd baksidorna vid behov.

Om någon fråga inte känns möjlig att besvara, hoppa bara över den och gå vidare. Ta med enkäten till läkarbesöket.

Bästa hälsningar

Mikael Holst

Leg läk

Skriv gärna kommentarer under varje fråga, använd baksidan vid behov.

Kryssa i en av rutorna



Nej! / Mycket dåligt (1 av 7)



OK (4 av 7)



Ja! / Mycket bra (7 av 7)

1. Tidigare sjukdomar eller sjukdom i släkten

Finns det någon sjukdom som ofta förekommer i Din släkt? Vilken?

Ja Nej

Har Du någonsin vårdats ineliggande på sjukhus? Vilka sjukdomar? När?

Ja Nej

Har Du någon sjukdom som är "kronisk" (ex sockersjuka, högt blodtryck, ryggbesvär)? Vilken/vilka?

Ja Nej

Äter Du någon medicin regelbundet? Vilken/vilka?

Ja Nej

Finns det någon sjukdom som du är speciellt orolig för att Du skall kunna drabbas av? Vilken?

Ja Nej

2. Tidigare läkarbesök

När genomgick Du senast hälsundersökning? Var? Resultat – normalt blodtryck och prover?

Vad heter Din husläkare? Var ligger hennes/hans mottagning?

Har alla i Din familj samma husläkare?

3. Aktuellt hälsoläge

Hur mår Du för närvarande (denna vecka)?

 

Hur "piggt och utvilad" är Du? "Laddad"?

 

Hur sover Du? Problem? Snarkningar? Antal timmar i snitt?

 

Hur ser Du på Din alkoholkonsumtion? Kryssa gladaste gubben för i huvudsak nyktert leverne, ledsen gubbe för daglig konsumtion och berusning varje vecka. Ange uppskattad mängd, om du vill.

 

Röker Du? Hur mycket per dag/vecka?

Ja Nej

Är Du nöjd med Din kroppsvikt? Om inte, vad vill Du väga?

Ja Nej

Har Du god syn och hörsel? Om inte, vad är fel? Ange gärna synfel/styrkan på glasögon.

Ja Nej

Har Du någon form av besvär som ofta återkommer utan att det kan kallas "sjukdom" (ex värk utan klar orsak, trötthet, huvudvärk, magbesvär, hudproblem, etc)

Ja Nej

