

NAVN + CPR.NR.:

**Du bedes venligst besvare spørgsmålene på side 1 og side 2.**

Medicinallergi:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilken:
Andre typer allergi:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilken:
Tager du nogen former for medicin: (medicinliste kan vedlægges)			
Sovemedicin:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilken:
Smertestillende medicin	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilken:
Andre typer medicin:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:
Øre-,næse-,halsmæssige problemer:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:
Har du problemer med at få luft igennem næsen?	Ja, meget ofte: <input type="checkbox"/>	Sjældent: <input type="checkbox"/>	Nej, aldrig: <input type="checkbox"/>
Øre-, næse-, halsmæssige indlæggelser:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:
Andre indlæggelser:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:
Kroniske lidelser såsom:			
Forhøjet blodtryk	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Sukkersyge	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Tidligere blodprop	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvor og hvornår:
Lungeproblemer	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:
Andre kroniske lidelser	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	hvilke:

NAVN + CPR.NR.:

Tobak	Ryger dagligt(antal):	Ex-ryger siden:	Aldrig røget <input type="checkbox"/>
Alkohol (1 fl. vin=6 genstande)	Aldrig: <input type="checkbox"/>	Kun ved lejlighed: <input type="checkbox"/>	Dagligt/ugentligt (antal pr.uge):
Arbejder som:			
Skifteholdsarbejde	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Natarbejde	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Kørekort	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Snorker du?	Ja, hver nat: <input type="checkbox"/>	Ja, nogle gange <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
Holder du vejrtrækningspauser under søvn?	Ja, hver nat: <input type="checkbox"/>	Ja, nogle gange <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvem har så bemærket det:	mig selv <input type="checkbox"/> samlever <input type="checkbox"/> andre <input type="checkbox"/>		
Sover du uroligt/vågner flere gange om natten?	Ja, hver nat og vågner antal gange: <input type="checkbox"/>		
	Vågner nogle gange: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>		
	Årsag til du vågner:		
Er du udhvilet om morgenen?	Nej, aldrig: <input type="checkbox"/>	Ja, for det meste: <input type="checkbox"/>	Ja, altid: <input type="checkbox"/>
Vågner du med hovedpine?	Ja, hver morgen: <input type="checkbox"/>	Nogle gange: <input type="checkbox"/>	Sjældent: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du hukommelses-og koncentrationsbesvær?	Ja, meget ofte: <input type="checkbox"/>	Nogle gange: <input type="checkbox"/>	Nej, aldrig: <input type="checkbox"/>

Side 2

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_