

## Diagnostisk avklaringsklinikk

Dato:

Navnelapp:

### Sivilstatus (sett kryss):

Gift ☐, Samboer ☐, Skilt ☐, Single ☐, Annet ☐ : \_\_\_\_\_

Har du barn: NEI ☐ JA ☐ Antall: \_\_\_\_\_

### Utdanning (sett kryss):

Ungdomsskolen ☐ Videregående skole ☐ Høyskole/Universitet ☐

Utdanning: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_

### Din arbeidsstatus nå, (sett kryss)?

Jobb fulltid ☐ deltid ☐, Sykemeldt fulltid ☐, deltid ☐, Fra når: \_\_\_\_\_

Uføretrygdet 100% ☐ gradert ☐, \_\_\_% Arbeidsavklaringspenger ☐, Annet ☐ Hva: \_\_\_\_\_

### Stimulerende stoffer:

Røyker du? NEI ☐ JA ☐ Antall pr.dag: \_\_\_\_\_ Snus NEI ☐ JA ☐

Bruker du regelmessig alkohol? NEI ☐ JA ☐

Er du allergisk overfor noe/noe du ikke tåler? NEI ☐ JA ☐ Hva: \_\_\_\_\_

Vekt: \_\_\_\_\_

Høyde: \_\_\_\_\_

### Har du betydelige smerter i (x dersom JA):

- Ledd ☐
- Rygg ☐
- Muskler ☐

### Er smertene:

- Brennende ☐
- Stikkende ☐
- Som tannpine ☐
- Vandrende i kroppen ☐

### Jeg plages betydelig med (x dersom JA):

- Revmatiske plager ved værromslag? ☐
- Tretthet ☐
- Lite energi ☐
- Stivhet i kroppen ☐
- Dårlig nattesøvn ☐
- At jeg føler meg lite utvilt om morgenen ☐
- Å ikke huske og tenke klart («brainfog») ☐

### Har du:

- Hudutslett? ☐
- Tørre øyne ☐
- Tørr munn ☐
- Kalde hvite fingre? ☐
- Håravfall? ☐

### På en skala fra 0-10 (0 ingen – 10 max)

- Hvor mye smerter har du hatt i løpet av den siste uken?: \_\_\_\_\_
- I hvilken grad har en følelse av uvanlig tretthet eller utmattelse vært et problem for deg den siste uken? \_\_\_\_\_

### Medikamentliste:

(Snu arket)

***Medikamentliste forts:***