

## 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 værerslag?
- 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:**