

Blankett för patientuppgifter

Vi ber er fylla i denna blankett för patientuppgifter före besöket på Docrateskliniken.

Uppgifterna om er hälsa och er sjukdom som kartläggs med stöd av blanketten kan ha betydelse för bedömningen av riskfaktorerna som anknyter till cancer samt för planeringen och genomförandet av vården.

Namn		
Personnummer		
Gatuadress		
Postnummer		Postadress
Telefon (hem)		Mobiltelefon
Yrke		

Uppgifter om rökning behövs bland annat för att rökning kan påverka cancerläkemedlens ämnesomsättning och halt, och därigenom också terapivaret i fråga om några läkemedel.		
Röker ni?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hur mycket (t.ex. askar/dygn)?
Vilket år eller i vilken ålder började ni?	Vilket år eller i vilken ålder slutade ni?	

Alkoholbruk	<input type="checkbox"/> dricker inte <input type="checkbox"/> i medeltal ____ doser per vecka
--------------------	--

Vaccinationer (i synnerhet brister / avvikelser från det nationella vaccinationsprogrammet)
Vilket år har ni fått en förstärkningsvaccination mot stelkramp (tetanus)?

Cancersjukdomar i den närmaste släkten (barn, syskon, föräldrar, far-/morföräldrar)	Nära släktings typ av cancer och ålder vid insjuknande	
Mediciner som används och doser (fortsätt vid behov på omstående sida)	Medicinens namn och styrka	Dos och år då medicinering inleddes

Allergier (i synnerhet läkemedelsallergier)	
--	--

Vitaminer, spårämnen och naturpreparat som används	
---	--

Kvinnor: början och slut på menstruationscykeln, antal graviditeter och förlossningsår	
---	--

P-piller och/eller hormonmedicinering	<input type="checkbox"/> inga/ingen <input type="checkbox"/> P-piller (år): _____
---------------------------------------	---

Hormonsubstitutionsbehandling	<input type="checkbox"/> pågår <input type="checkbox"/> Använt åren: _____
-------------------------------	--

(FORTSÄTTNING FRÅN FÖRSTA SIDAN)

Längd:	Vikt:
---------------	--------------

Har ni för tillfället eller har ni haft följande sjukdomar? (kryssa för)

- ögonsjukdom örönsjukdom/nedsatt hörsel
 ofta återkommande huvudvärk/migrän
 medvetslöshetsanfall epilepsi annan neurologisk sjukdom
 kransartärssjukdom blodpropp i hjärtat blodtryckssjukdom
 stroke astma hudsjukdom
 ledgångsreumatism, annan reumatisk sjukdom
 ischias (smärta i ländryggen och smärta som strålar ut i de nedre extremiteterna/domning)
 annan muskuloskeletal sjukdom övervikt
 diabetes sköldkörtelsjukdom depression
 annan mental störning eller sjukdom mag- eller duodenalsår
 halsbränna och/eller magkatarr lever- eller bukspottkörtelsjukdom
 gallsten urinvägsinfektion njursjukdom
 annan urinvägssjukdom operation olycksfall
 elakartad tumör, cancer (specificera): _____
 annan sjukdom eller andra symptom: _____