

Förhandauppgifter

Datum ___ / ___ 20__

Namn: _____

Personsignum: _____ - _____

Vikt _____ kg Längd _____ cm

Arbetet

Yrke _____

Arbetsgivare _____

Arbetsgivarens försäkringsbolag (vid misstanke om yrkessjukdom)

Tidigare yrken/arbete _____

Har du blivit utsatt för asbest i arbetet ? **Nej** **Ja**

Släkten

Nej

Ja

Vem?

Astma

Allergi

Tuberkulos

Lungcancer

Annat lungsjukdom, vilken?

Tobaksrökning

Nej

Ja

Slutat

Mängd

_____ cigaretter/dygn

Börjat år

Slutat år

Hur många gånger har du slutat röka? _____

Passiv tobaksrökning

Nej

Ja

Boende

Har du synliga fuktighets- eller mögelskador? _____
Har du husdjur eller boskap? Vilka?

Allergier

Mediciner: _____

Födoämnen: _____

Pollen: _____

Djurkvalster: _____

Övriga: _____

Tidigare allergitest, när, var? _____

Fysisk aktivitet (sport, motion, arbete, vardagsmotion)

Senaste symptom

Ja

Nej

Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natthosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodhosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slemmighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snuva/täppt näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andtäppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipande andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig belastningstålighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magrande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bröstbränna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröstsmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra, vad? _____

Faktorer som försämrar symptomen	Ja	Nej
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsliga påfrestningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dofter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftvägsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra, vilka? _____

Övriga sjukdomar

Nuvarande medicinering

Medicinens namn, hur stark är den och doseringen
