

Udfyld skemaet så godt du kan. Det skal bruges som udgangspunkt for din konsultation, men skal ikke stå alene.

Beskriv dit problem:		Dit navn:	
		CPR-nr:	
Hvad forværrer dine symptomer ?		Har du problemer fra:	
dyr? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	stærke dufte? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	lungerne? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
planter/pollen? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	kulde? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	øjne/næsen? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
støv? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	varme? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	huden? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
mad? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	fugt? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	mave/tarm? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
drikke? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	infektioner? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	andet? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
stress? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	andet: _____		
anstrengelse? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>			
Skriv hvilken medicin du bruger (og har brugt):		Har du symptomer:	
		forår? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		sommer? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		efterår? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		vinter? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		Hvilken årstid er værst ? _____	
Skriv, hvis du har eller har haft andre vigtige sygdomme:		Har du tidligere været ryger? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		Er du stadig ryger? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		Dyrker du motion/sport? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		hvilken: _____	
Hvordan er der hjemme?		Hvordan er der på arbejdet / i skolen?	
fugtigt? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	fugtigt? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Har dine forældre eller søskende:	
støvet? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	støvet? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	astma? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
dyr? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	dyr? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	høfeber? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
tilrøget? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	tilrøget? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	hudproblemer? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
		kendt allergi? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
Hvad forventer du af konsultationen i dag?			