

**FRÅGEFORMULÄR INFÖR LÄKARBESÖK PÅ HUDKLINIKEN (allmän hudmottagning)**

Ta med detta formulär vid ditt besök. Frågeformuläret kommer bifogas din journal.

Var god **TEXTA**.

**Ditt personnummer:** ..... **Datum för ditt besök:** .....

**Namn:**..... **Telefon/mobil:** .....

**Yrke:**.....

**Dina aktuella besvär. Beskriv kort:**

.....  
 .....  
 .....

**Hur länge har du haft de aktuella besvären?**.....

Har du besvär (ringa in rätt svar till höger):	Hela tiden	Kommer och går	Sällan
Sedan besvären började, har de blivit:	Bättre	Oförändrade	Sämre
Stör besvären sömnen?	Ja	Nej	Vet ej
Om besvär mer än ett år: bättre/sämre årstid t.ex. sommar, vinter?	Ja	Nej	Vet ej
Ändrar sig besväret över dygnet?	Ja	Nej	Vet ej
Någon annan i familjen som har liknande symptom?	Ja	Nej	Vet ej

**Tidigare hudbesvär m.m. Har du någon gång haft:**

eksem	Ja	Nej	Vet ej
astma	Ja	Nej	Vet ej
allergier (t.ex. pollenallergi, pälsdjursallergi)	Ja	Nej	Vet ej
psoriasis	Ja	Nej	Vet ej

Har du/haft annan hudsjukdom (ex. Eksem, psoriasis, melanom m.m.)?

Om ja, vilken.....

Har du någon blodsmitta (ex. hepatit, hiv eller annan).....

Har du vårdats utomlands? Om ja, var och när?.....

Var god vänd!

Ditt personnummer:.....

**Är det någon annan i din familj som har:**

psoriasis	Ja	Nej	Vet ej
eksem	Ja	Nej	Vet ej
astma	Ja	Nej	Vet ej
allergier	Ja	Nej	Vet ej
annan hudsjukdom?	Ja	Nej	Vet ej

om ja, vilken?.....

**Tar du regelbundet några mediciner/naturläkemedel?**

Om ja, fyll i nedan (behövs fler rader, skriv på lösblad)

Läkemedelsnamn	Styrka	Dos

**Har du provat någon behandling mot de aktuella hudbesvären? Vad i så fall?**

.....

**Är det någon medicin som du börjat med nyligen? Om ja, vilken?**

.....

**Har du någon känd allergi mot något läkemedel?**

Ja

Nej

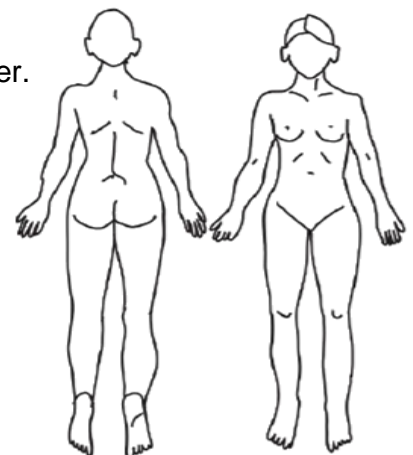
Om ja, mot vad?.....

**Tål du vanlig tandläkarbedövning?**

Ja

Nej

Var god **MARKERA** på skissen var de aktuella förändringarna sitter.



Tack!

[www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se)