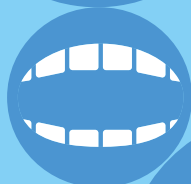
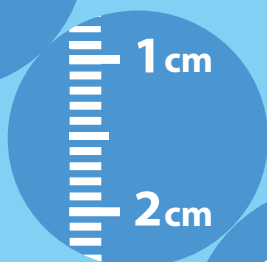


# SPØRGESKEMA

Borgerens forberedelse  
til sundhedstjek



# BORGERENS FORBEREDELSE TIL SUNDHEDSTJEK

– spørgeskema



Som forberedelse til at din egen læge kommer og laver et sundhedstjek med dig, skal du besvare en række spørgsmål, som handler om din sundhed og dit helbred, og hvordan du i det hele taget trives i din hverdag. Dine svar har stor betydning for, at lægen kan give dig det bedste sundhedstjek. Så giv dig god tid.


<b>Navn</b>	
<b>Cpr. nr.</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Evt. pårørende/ netværk</b>	
<b>Skriv, om der er særlige behov ved kommunikation:</b>	

## Hvordan har du det?



Hvordan har du det til hverdag?		
Har dit humør ændret sig på det sidste?	Ja	Nej
Er du fx blevet mere: Irritabel, vred, ked af det, udadreagerende, indelukket?		
Eller er du blevet mere glad?		
Isolerer du dig?		
Hvis ja, hvordan?		
Er der noget ved dit helbred/din sundhed, der bekymrer dig?	Ja	Nej
Er der fx noget ved din krop?		
Hvis ja, skriv hvad.		
Kan du gøre de ting, du gerne vil?	Ja	Nej
Hvis nej – hvad forhindrer dig i at gøre det, du gerne vil?/Hvorfor kan du ikke gøre det, du gerne vil?		

Kroniske sygdomme				
Har du en/flere kroniske sygdomme? (Har du fx KOL, astma, diabetes, gigt)		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				
Har du allergi?  Er der noget, du ikke kan tåle?(Fx dyr, parfume, pollen, husstøvmider, forskellige madvarer, medicin, skimmelsvamp?).		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				
Har du en/flere diagnoser?  Har du fx Downs syndrom, Rett syndrom eller andre syndromer?		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				

Søvn 			
Sover du i løbet af dagen?		Ja	Nej
Hvis ja, hvor meget			
Har du svært ved at falde i søvn til natten?		Ja	Nej
Vågner du om natten?			
Er du træt om dagen?			

## Syn, hørelse og mund og tænder



Har du fået tjekket dit syn inden for de sidste 2 år?	Ja	Nej
Har du fået tjekket din hørelse inden for de sidste 3 år?		
Har du været til tandlægen inden for de sidste 6 måneder?		
Har du ondt i munden?		
Har du ondt i tænderne?		
Gør det ondt når du børster tænder?		
Får du blødninger ved tandbørstning?		
Beskriv, hvordan det gør ondt?		
Har du problemer med at synke?	Ja	Nej

## Huden

Har du problemer med din hud?	Ja	Nej
Har du fx røde pletter, knopper, kløen, svien, eksem, tør hud, sår.		
Hvis ja, beskriv hvilke.		
Har du problemer med din hovedbund?	Ja	Nej
Hvis ja, beskriv hvilke.		
Har du problemer med tryksår?	Ja	Nej

## Lunger



	Ja	Nej
Hoster du meget?		
Bliver du tit forpustet? Bliver du fx let forpustet, stakåndet ift. jævnaldrene?		
Har du svært ved at trække vejret?		
Bruger du inhalator?		
Hvis du bruger inhalator, har du fået vist, hvordan du skal bruge den?		

## Har du ondt?

	Ja	Nej
Har du ondt nogle steder ?		
Hvis ja, hvor har du ondt? Gør det fx ondt i dit bryst, dine ben, arme, led, muskler, har du hovedpine eller ondt i maven?		
Hvis ja, hvordan gør det ondt? Oplever du fx en stikken, brændende fornemmelse, ømhed eller stive muskler eller led?		

## Fordøjelsen



	Ja	Nej
Har du problemer med at synke din mad?		
Har du problemer med sure opstød? Får du fx brændende fornemmelse i halsen?		
Bliver det værre, når du spiser bestemt slags mad? Fx stærkt krydret mad, fed mad eller når du spiser hurtigt?		

## Toiletbesøg

	Ja	Nej
Er der sket ændringer i, hvor tit du skal på toilettet inden for de sidste 2 måneder?		
Har du problemer med at holde på vandet?		
Har du ofte tynd mave/diarré?		
Har du problemer med forstoppelse?		
Bliver du ofte behandlet for forstoppelse eller diarré?		
Har du hæmorider?		

## Infektioner

Får du ofte infektioner? Fx flere gange om året?	Ja	Nej
Infektion betyder forskellige former for betændelse: Fx mellemebetændelse, lungebetændelse, virus, ofte feber, ofte forkølet, ofte opkast.		

## Fald og brækkede knogler

Er du faldet for nylig?	Ja	Nej
Får du let blå mærker?		
Brækker du ofte dine knogler? Fx hofte, arme, ben, kraveben, ribben?		
Er du ofte svimmel?		
Besvimer du engang imellem?		

## Føleforstyrrelser/kropsfornemmelse

Har du mærkelige følelser eller fornemmelser i arme eller ben eller i huden andre steder?	Ja	Nej
Har du fx en prikkende-, stikkende-, brændende- eller sovende fornemmelse i kroppen?		



Hverdagen/Dagligdagen/Det daglige liv		
Ryger du?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor ofte ryger du om dagen? (fx antal cigaretter om dagen)		
Drikker du alkohol?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor mange genstande om dagen? (1 genstand = 1 almindelig pilsner, ½ guldøl, 1 glas vin)		
Tager du stoffer, fx hash?	Ja	Nej
Hvis ja, Hvor mange gange om ugen?		
Dyrker du motion?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor meget og hvor ofte?		
Spiser du flere forskellige madvarer?	Ja	Nej
Spiser du fx: Grøntsager, kød, fisk, frugt, yoghurt, groft brød, mager ost.		
Hvor meget vand, saft eller juice får du at drikke i løbet af dagen?		
Har du nogle spørgsmål om seksuel sundhed, herunder prævention?		

## Medicin



Får du medicin?	Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilken sygdom eller tilstand får du medicin for?			
Glemmer du sommetider din medicin?	Ja	Nej	
Hvordan tager du din medicin? Tager du fx piller, du skal synke, eller indsprøjtninger?			
Har du problemer (bivirkninger) som følge af din medicin? Føler du dig fx sløv/søvnig i løbet af dagen? Bliver du svimmel, når du rejser dig op? Føler du, at dit hjerte slår meget hurtigt? Har du spasmer i dine muskler? Har du tør mund? Har du haft kvalme eller kastet op? Har du problemer med at gå på toilettet? Har du følt dig meget tørstig? Har du taget meget på? Er dit blik ofte sløret? Har du problemer med dit sexliv?	Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke problemer (bivirkninger)?			
Har du i forbindelse med ordinerings af din medicin fået foretaget et EKG? En EKG-undersøgelse er en undersøgelse der viser, hvordan dit hjerte virker. Ved undersøgelsen sættes der nogle tynde ledninger på en rund skive fast på din brystkasse omkring hjertet. Disse ledninger kan måle den måde dit hjerte slår på. Lægen bruger EKG til at vurdere, om du fejler noget i dit hjerte eller ej.	Ja	Nej	Ved ikke

## For kvinder



Har du regelmæssig menstruation?	Ja	Nej	
Har du fx blødninger midt imellem menstruationerne?			
Har du haft menstruation inden for de seneste 3 måneder? - udebleven menstruation?.			
Har du har haft underligt udseende slim eller dårlig/grim lugt fra underlivet?	Ja	Nej	Ved ikke

## Husk



<b>Resultat af blodtryksmåling:</b>	Blodtryk:	Målt dato:
<b>Resultat af pulsmåling:</b>	Puls:	Målt dato:
<b>Noter om du har fået følgende vaccinationer/ screeninger og hvornår:</b>	Ja og tidspunkt	Nej
Stivkrampe		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Influenza		
Andre vaccinationer fx covid, pneumokok		
Screening for brystkræft (kvinder 50-69 år)		
Screening for livmoderhalskræft (kvinder 23-64 år)		
Screening for kræft i tyk- og endetarmen (alle 50-74 år)		
<b>Vægt</b>		
Når du bliver vejet, skal du være let påklædt (fx undertøj, eller i en let t-shirt. Og du skal være uden fodtøj).	_____ kg	
<b>Højde</b>		
Når din højde bliver målt, må du ikke have fodtøj på. (Brug evt. målestok opad væggen).	_____ cm	

Materialet er lettere redigeret og udgivet i 2022 af Danske Handicaporganisationer i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Tidligere versioner af materialet blev redigeret og udgivet i 2015 af Allerød, Egedal, Roskilde, Svendborg og Københavns Kommuner ifm. satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet: Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedesættelser".

Materialet er oprindeligt udarbejdet under ledelse af Danske Handicaporganisationer i forbindelse med pilotprojektet "Lige adgang til Sundhedsvæsenet" i 2011.

Illustrationer og fotos: Glad Design  
Layout: Glad Design

