

Namn

Personnummer

Datum

Anamnes tarm allmän

1. Neurologiska sjukdomar eller symtom, till exempel MS, Parkinson, domningar efter diskbråck?

Ja Nej Om ja vilka symtom?

2. Cerebrala skador, till exempel stroke, demens?

Ja Nej Om ja vilka symtom?

3. Diabetes, hjärt- lungsjukdom, njursjukdom?

Ja Nej Om ja vilka symtom?

4. Andra sjukdomar/psykiska besvär?

Ja Nej Om ja vilka symtom?



5. Aktuella läkemedel?

Ja Nej Om ja vilka läkemedel?

6. Urologiska besvär, till exempel blåstömningssvårigheter, inkontinens, annat?

Ja Nej Om ja vilka symtom?

7. Upprepade urinvägsinfektioner?

Ja Nej Om ja, tid för senaste urinvägsinfektion?

8. Menstruationer/Menopaus antal år? _____

9. Antal förlossningar och eventuella komplikationer?

Inga Ja, hur många?: _____

Eventuella komplikationer:



10. Gynekologiska/sexuella besvär?

Ja Nej Om ja vilka symtom?

11. Senaste prostata/gynundersökning?_____

12. Operativa ingrepp i bäckenområdet till exempel tarm-, höft-, eller gynoperation?

Ja Nej Om ja var?

13. Strålbehandling av nedre delen av buken och bäckenbotten?

Ja Nej Eventuella komplikationer?

14. ADL, till exempel förflyttning, handfunktion?_____

15. Alkohol? Ja Nej

16. Rökning? Ja Nej

17. Socialt?

