

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?

---

---

