

Personnummer -

Datum

JA NEJ

- 1) Tar Du någon medicin mot värk och inflammation?
(t ex Magnecyl, Treo, Aspirin, Ipren, Voltaren, Diklofenak, Celebra)

Om Ja, vilken?

- 2) Hur gammal var Du när Du kom i klimakteriet?

- 3) Har Du använt/använder läkemedel med östrogener?
(t ex Ovesterin, Kliogest, Trisekvens, Premarina, Premelle)

Om Ja, vilket?

Vilken dos tar/tog Du?

Hur länge har Du använt detta läkemedel?

Vilken var Din ålder när Du *började* använda det?

Vilken var Din ålder när Du *slutade* att använda det?

- 4) Har Du använt/använder naturmedel för klimakteriebesvär?
(tex Remifemin, Menosoy, Tofypill)

Om Ja, vilket?

Hur länge har Du använt detta medel?

- 5) Har Du under det *senaste året* ätit antibiotika?

Om Ja, när?

- 6) Tar Du några andra *mediciner* eller *naturmedel*?

Om Ja, vilken (vilka)?

.....

VAR GOD VÄND ⇒

- | | JA | NEJ |
|---|--|--------------------------|
| 7) Har Du problem med förstoppning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Har Du fått diagnosen diabetes (sockersjuka)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, har Du fått | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1) Kostråd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tabletter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Insulin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Röker Du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, hur många cigaretter per dag? | <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | st |
| Om Ja, hur gammal var Du när Du började? | <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | år |
| 10) Har Du rökt tidigare i livet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, hur gammal var Du när Du började? | <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | år |
| Om Ja, hur gammal var Du när Du slutade? | <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | år |
| 11) Är Du laktosintolerant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Äter Du regelbundet yoghurt, hälsofil eller dylikt som innehåller <i>levande bakteriekultur</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (t ex Onaka, Verum hälsofil, etc) | | |

Om något är oklart, kan vi kontakta Dig per telefon? Ja Nej

Om Ja, ange Ditt telefonnummer: 018-

Vilken tid är i så fall lämpligast att ringa?