

Sykdommer

Har du, eller har du noen gang hatt, noen av følgende sykdommer/plager? Angi også alder da du fikk dette/disse. (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja	Alder første gang
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Høyt blodtrykk (eller medisineres for dette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Diabetes mellitus (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hvis ja, oppgi diabetestype: Type I: <input type="checkbox"/> Type II: <input type="checkbox"/>			
Kols eller emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Lavt stoffskifte (hypotyreose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Høyt stoffskifte (hypertyreose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Spiseforstyrrelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Lever sykdom:			
Primær leverkreft (kreft som har sitt opphav i leveren) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Leverfibrose/cirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Leverbetennelse (hepatitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hvis ja, sett ring rundt type hepatitt: A / B / C			
Levertransplantasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annen leversykdom, hvilken:			
<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hjerte-/karsykdom:			
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arterieflimmer (forkammerflimmer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hjerneslag (hjerneinfarkt eller blødning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annen hjerte-/karsykdom, hvilken:			
<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

↔ fortsetter på neste side

	Nei	Ja	Alder første gang
Nyresykdom:			
Nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Urinsyregikt (podagra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen nyresykdom, utenom urinveisinfeksjon, hvilken: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hudsykdom:			
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre hudsykdommer, hvilke: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Revmatologisk sykdom:			
Leddgikt (reumatoid artritt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bechterews sykdom (spondylartritt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen revmatologisk sykdom, hvilken: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kreftsykdom, hvilken:			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nevrologisk sykdom, hvilken:			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen sykdom ikke oppgitt over:			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvis for liten plass over eller du er usikker på hvor du skal føre det opp, oppgi sykdom og alder: