

HENVISNINGSSKJEMA

SYKELIG FEDME

Obesitaspoliklinikken
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Pasientdata

Fødselsnummer (11 siffer)

Navn

Adresse

Pasientens telefonnummer

Høyde: _____ cm

Vekt: _____ kg

BMI: _____ kg/m²

Sykdommer

	Ja	Nei	Vet ikke	Kostreg.	Tabl.reg.	Insulinreg.
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hjertesykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Søvnapné.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
KOLS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Muskel/skjellett sykdom....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Symptomgivende gallesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Psykiatrisk lidelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Spiseforstyrrelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Rusmisbruk (også tidligere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		

Annen sykdom:

Medisiner (medikament, dosering)

Anamnese *Faktorer av betydning for behandlingen av overvekt*

<i>Stikkord:</i>	
<i>Antatt årsak</i>	
<i>Kostvaner</i>	
<i>Aktivitetsnivå</i>	
<i>Vektutvikling</i>	
<i>Spiseforstyrrelse</i>	
<i>Medikamentbruk som øker vekten</i>	
<i>Motivasjon for behandling</i>	

Arbeid

Yrke: *Sykmeldt* ☐, *Uføretrygdet* ☐, *Arb.ledig* ☐

Hvis sykmeldt eller uføretrygdet:

Angi årsak og hvor lenge

Dato, signatur