



Spørgeskema til udfyldelse før 1. konsultation

Dit fulde navn: _____

CPR nr: _____

Mobil: _____

Tlf.: _____

E-mail: _____

1) Har du medicinallergi/intolerance?

JA NEJ

Hvis ja, hvilke?

2) Har du kroniske sygdomme (f.eks. psoriasis, forhøjet blodtryk, diabetes eller andet)?

JA NEJ

Hvis ja, hvilke?

3) Er der gigt eller psoriasis i din familie?

JA NEJ

Hvis ja, hvilken type gigt (fx psoriasis gigt, leddegigt, rygsøjlegigt)?

4) Din aktuelle tilknytning til arbejdsmarkedet?

Print og udfyld i hånden eller udfyld på skærmen og print bagefter.
Medbring skemaet til den 1. konsultation hos os.

På forhånd tak!

