**Spørgeskema til årskontrol Navn**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cpr.nr**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I forbindelse med årskontrollen for kroniske sygdomme, vil vi bede dig om at besvare nedenstående spørgsmål om dit helbred og psykiske velbefindende samt udfylde medicinlisten forud for samtalen med lægen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Meget godt | Godt | Middel | Dårligt | Meget dårligt |
| Hvordan synes du dit helbred er generelt? |  |  |  |  |  |

**Sæt kryds ved det svar, der passer bedst på din tilstand de sidste 2 uger.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hele tiden | Ofte | Af og til | Aldrig |
| Føler du dig trist? |  |  |  |  |
| Mangler du interesse for dine daglige gøremål? |  |  |  |  |
| Mangler du energi og kræfter? |  |  |  |  |

**Medicinliste:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Præparat | Styrke | Morgen | Middag | Aften | Nat |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |