



<b>Navn:</b>				<b>Fødselsnr.:</b>		<b>Alder:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>Postnr./sted:</b>		<b>Telefonnr.:</b>			
<b>E-postadresse:</b>				<b>Samtykke til samarbeid m/fastlege:</b>			
				Navn på fastlege:			
<b>Utdanning:</b> (sett kryss)				Siste kontakt (mnd/år):			
Grunnskole:	Vid.skole:	Høgsk/Univ:	Annet:	Signatur:			
				Dato:			
<b>Sivilstatus:</b> (sett kryss)				<b>Barn</b>	<b>Antall</b>	<b>Alder</b>	
Gift/samboer:	Enslig:	Separert/skilt:	Annet:	Gutter:			
				Jenter:			
<b>Arbeidssituasjon:</b>				<b>Arbeidsgiver/skole:</b>			
I jobb (%):	Elev/stud:	Arbeidssøker:	Hjemmev.:				
Sykemeldt (%):	Pensjonist:	Annet:	Ytelse NAV:	Spesifiser NAV ytelse:			
<b>Fysisk aktivitet:</b>							
Driver du fysisk aktivitet?				Ja		Nei	
Hvis ja; hvilken type aktivitet (tur, svømming, jogging osv.)?							
Hvor ofte aktivitet pr. uke med varighet av min. 30 min.?							
<b>Søvn:</b>							
Hvordan opplever du søvnkvaliteten din?							
Grader på en skala fra 0-10, hvor 0 er svært dårlig og 10 er svært god:							



Bakgrunn for henvendelsen (sett kryss):					
Lett/moderat depresjon		Angst		Søvnvansker	
Samlivsproblematikk		Familierelasjoner		Livskrise	
Jobb-/skoleproblematikk		Stress/utmattelse		Trøtthet	
Smerte		Spiseforstyrrelse		Overvekt/undervekt	
Økonomiske vansker		Gambling		Gaming	
Annen somatisk sykdom		spesifiser:			
Annet:					
Medisinbruk i f.h.t psykiske vansker					
Tar du medisiner		Ja		Nei	
Hvis ja; hvilken type medisiner?					
Rusmidler (sett kryss):					
Alkohol:	0-3 enheter pr. uke		3-6 enheter pr. uke		mer enn 6 enheter pr. uke
Andre rusmidler:		Ja		Nei	
Hvis ja; spesifiser (type/omfang):					
Tannlege:					
Når var du sist til tannlege? (mnd/år)					