

Navn: _____ F.nr: _____
Fastlege: _____
Sivilstatus: _____ Barn, alder: _____
Arb.giver: _____ Stilling: _____ Stillingsprosent: _____

Allergi:

Tidligere sykdommer, innleggelser og operasjoner:

Røyk/snus (ant./dag) Kaffe: (ant./dag) Colaprodukter: (liter/uke) Alkohol: (enh./uke) Fysisk aktivitet: (timer/uke) Søvnvansker?
Ja Nei

For kvinner: Alder ved første menstruasjon: Prevensjon, type:

Hodepine: relasjon til menstruasjon / svangerskap:

Vedr. hodepine

Alder v/ start:

Familiær belastning:

Utløsende faktorer

Stress	Etter stress	Søvnmangel	Alkohol
Menstruasjon	Værforandringer	Lukter	Sult
Annet:			

Merker du noe før hodepinen starter

Tretthet	Gjesping	Nakkesmerter
Irritabilitet	Nedstemthet	Nedsatt konsentrasjon

Har du opplevd

Synsforstyrrelser	Prikking	Taleforstyrrelser	Kvalme
Lydskyhet	Lysskyhet	Kraftsvikt	

Etter hodepinen

Sliten/trett	Uopplagt	Nakkesmerter	Oppstemt
--------------	----------	--------------	----------

Har du tatt CT eller MR av:

Resultat (ta med svaret!)

Hode Nakke

Medisiner (skriv ned alle medisiner i bruk, noter også medisiner du tidligere har brukt mot hodepinen)

Snu arket ved behov