



Det Mentale Væksthus  
v/speciallæge i psykiatri  
Kirsten Wilkens

Cpr-nr.: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr. og by \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

Evt. tlf. arbejde: \_\_\_\_\_

Egen læge: \_\_\_\_\_

Foretrukne apotek: \_\_\_\_\_

### Din opvækst/familie:

Fødested: \_\_\_\_\_ Opvokset: \_\_\_\_\_

Nulevende mor: ja  nej

Evt. arbejde som: \_\_\_\_\_

Nulevende far: ja  nej

Evt. arbejde som: \_\_\_\_\_

Forældre skilt: ja  nej

Søskende:

Fornavne: 1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Din placering i rækken: nr.: \_\_\_\_\_

Andre i familie haft psykiatrisk sygdom: nej  ja  Hvem/hvilken sygdom: \_\_\_\_\_

**Religion:** Folkekirke

Andet  \_\_\_\_\_

Ikke troende

**Statsborger:** Dansk

Flygtning

Indvandrer

Evt. oprindelig nationalitet: \_\_\_\_\_ Sprog: \_\_\_\_\_

## Skolegang/Uddannelse:

**Skolegang:** 9. klasse/mindre  Specialundervisning   
10. klasse  Ordblind   
Realeksamen  Skolepsykolog   
Studentereksamen  HF

**Uddannelse:** Ufaglært  \_\_\_\_\_  
Faglært/mellemuddannelse  \_\_\_\_\_  
Længerevarende uddannelse  \_\_\_\_\_  
Under uddannelse til  \_\_\_\_\_

## Aktuelt socialt:

**Nuværende familie:** Gift  Samboende  Alene   
Separeret  Årstal: \_\_\_\_\_ Skilt  Årstal: \_\_\_\_\_

Evt. ægtefælles/samlevers navn: \_\_\_\_\_

Børn: Nej  Ja

1. Fornavn \_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_ 2. Fornavn \_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_

3. Fornavn \_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_ 4. Fornavn \_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_

Evt. børn fra samlevers tidligere forhold: Ja  Nej

## Arbejde/indtægt:

Flex/skånejob  \_\_\_\_\_ Efterløn   
SU  \_\_\_\_\_ Pensionist   
Arbejdsløs  \_\_\_\_\_ Førtidspensionist   
Lønmodtager  \_\_\_\_\_ Kontanthjælp   
Selvstændig  \_\_\_\_\_ Aktuelt sygemeldt  \_\_\_\_\_

**Økonomi:** God  Neutral  Dårlig  Stor gæld

**Bolig:** Værelse  Kollegium  Lejlighed  Ejerlejlighed  Andelsbolig   
Lejet hus  Eget hus  Boligløs  Bor hos familie/venner

### Legemligt / sygdomme:

Mål: Højde \_\_\_\_\_ cm Vægt \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_ vægt/højde<sup>2</sup>

**Kroniske sygdomme:** Epilepsi  Stofskiftesygdom  Ryglidelse   
Hjertesygdom  Lungesygdom  Andet  \_\_\_\_\_

**Lider af:** Nedsat syn  Nedsat hørelse

Allergi: Høfeber  Astma  Eksem  Andet  \_\_\_\_\_

### Misbrug:

Tidligere haft misbrug: nej  ja

Tidligere misbrugsbehandling: nej  ja  Hvornår: \_\_\_\_\_

Misbrugt: Alkohol  Hash  Ecstasy /Amfetamin  Kokain   
Svampe/LSD  Morfin/Heroin  Sovetabl./Nervetabl.

Aktuelt misbrug af: \_\_\_\_\_

Tobak: Nej  ja  \_\_\_\_\_ type/antal

### Aktuel medicin:

Medicintype: \_\_\_\_\_ navn: \_\_\_\_\_ daglig dosis: \_\_\_\_\_

Medicintype: \_\_\_\_\_ navn: \_\_\_\_\_ daglig dosis: \_\_\_\_\_

Medicintype: \_\_\_\_\_ navn: \_\_\_\_\_ daglig dosis: \_\_\_\_\_

### Tidl. psykisk:

Har du tidligere fået psykiatrisk behandling: nej  ja  Hvor: \_\_\_\_\_

Har du været indlagt på psykiatrisk afd.: nej  ja  Hvor: \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

Psykologsamtaler: nej  ja  Hvor: \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

### Aktuelt psykisk:

Beskriv kort dine nuværende psykiske problemer:



## Det Mentale Væksthus

Skovfaldet 2E  
8200 Aarhus N  
Tlf. 53 88 00 57

### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg giver hermed tilladelse til, at der kan udveksles relevante oplysninger vedrørende mit helbred og min behandling med

- Egen læge
- Sygehusafdelinger / ambulatorier / Lokalpsykiatrier
- Socialforvaltningen
- Pårørende, navn: \_\_\_\_\_
- Andre, \_\_\_\_\_

samt, at der via det internetbaserede Sundhed.dk må indhentes tilsvarende oplysninger

- Sundhed.dk

CPR: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Tilladelsen er gældende fra d.d. og et år frem