



Heimilisaknir

Fjöldi fæðra barna

Fjöldi einstaklinga í heimili

Aldur barna

Hjúskapastétt

Núverandi starf

Fyrri starf

1. Hvers vegna leitast þú læknis?

Nafn sjúkdóms og stutt lýsing á einkennum:

2. Hvenær fékkst þú fyrst þennan sjúkdóm/einkenni?

Aldur: 0 - 5 6 - 10 11 - 15 16 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - eldri..

3. Hefur þú haft einn eða fleiri eftirtalinn sjúkdóma?

Asthma Eczem Berkyubólgu Migraíne Langvinnna nefstíflu/nefrensi Þrálátar sýkingar Hvaða?Frjónæmi Kjálkaholubólgu/ennisholubólgu Útbrót með kláða/bólguhellu Bölguveppi í nefi (polypa) 4. Hvenær fékkst/ærd þú helst einkenni? Allt árið Jan. Feb. Mar. Apr. Maí. Jún. Júl. Ág. Sept. Okt. Nóv. Des.

5. Hafa hálskirtilar verið teknir?

Hafa hálskirtilar verið teknir? Já Nei Óviss Hafa nefkirtilar verið teknir? Já Nei Óviss

6. Hefur þú (haft) sjúkdóm í eftirtöldum líffærakerfum?

Já Nei Óviss Hvaða sjúkdómur?Hjarta/æðum Húð Lungum Meltningarærum Þvagfærum/kynfærum Blóði Meðferð?Taugakerfi Stoðkerfi (beinir, vöðvar, liðum) Innkirtlum (brsti, skjaldkirtili, nýrnahetum o.fl.) Sálræni sjúkdómar

11. Húðpróf Niðurstaða húðprófs:

Hefur þú farið í húðpróf? Nei Já

Hjá hvaða læknir?

12. Sprautumeðferð

Hefur þú fengið afnæmismeðferð (sprautumeðferð)? Nei JáÁrangur sprautumeðferðar? Góður Sæmilegur Lélegur Enginn

13. Lyf

Árafjöldi Skammtastærð

14. Reykingar Nei Já Vindlingar: 1 - 9 10 - 20 20 eða fleiri Árafjöldi Pakkar pr. dr Pipu gr. viku Reykir þú? Hef reykt áður? Er reykt á heimilinu?

15. Spurningar fyrir sjúklinga með hósta

Hefur þú haft daglega hósta? 1-3 mán. tvö ár í röð Meira en 3 má. í tvö ár í röð Veit ekki Koma eftirtalin einkenni fram við/eftir störf í heyrhöðu? Já Nei Við störf 8-24 klst.stöðar Hósti Mæði Hit Hrollur Hefur þú þurran hósta? Hefur þú slímuppgang?

16. Spurningar fyrir starfandi fólk í landbúnaði

Koma eftirtalin einkenni fram við/eftir störf í heyrhöðu?

Já Nei Við störf 8-24 klst.stöðar Hósti Mæði Hit Hrollur Hefur þú þurran hósta? Hefur þú slímuppgang? 

7. Þekkir þú til einhverra eftirtalinna sjúkdóma í ætt þinni?					<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Öviss	
Asma	<input type="checkbox"/>	Föður foreldr.	<input type="checkbox"/>	Móður foreldr.	<input type="checkbox"/>	Gerð nánnar grein fyrir sjúkdómum ættmenna:		
Berkiþbólgu	<input type="checkbox"/>							
lungnþenþa	<input type="checkbox"/>							
Nefstílu/rennsils	<input type="checkbox"/>							
Frjónæmis	<input type="checkbox"/>							
Ofsakiðá/ofsabjúgs	<input type="checkbox"/>							
Eczems	<input type="checkbox"/>							
Máigraines	<input type="checkbox"/>							
8. Hvað á við um heimili þitt eða vinnustað?					9. Hefur þú (hafð) nána umgengni við eftirtalin dýr?			
Ullarteppi á gólf	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	
Föst teppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Reiðföt/reiðhygi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Rakataeki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Raki/mygla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pottagróður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hvaða?								
Uppstoppuðdýr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hvaða?								
10. Merkið x sem við á, ef þú hefur fengið óþægindi eins og t.d. mæði, bólgu, kláða eða úþrot í návist, snertingu eða eftir neyslu/fengsl eftirtalinna eigna/hluta.					Frjókorn			
	<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>	<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>
Ryk								
Hústryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Björk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göturyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grenitfé/jólatré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vefnaðarvöruryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tungvöð/nytt hey	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mygla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jurtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myglað hey/heyryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?			
Annað ryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pottablóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvaða?					Hvaða?			
					Annar gróður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Hvaða?			

Dýr					Lyf				
	<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>		<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>
Hundar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hundar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kettir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magnyl/asprín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Önnur verkjálfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kýr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Sautfé/ull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillín/penbrítín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dünn/fjóður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Nagdýr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Önnur lyf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvaða?					Hvaða?				
Fuglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matvæli				
Hvaða?						<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>
Önnur dýr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvaða?					Mjólk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Kjöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aðrar orsakir					Hvaða?				
	<i>Einkenni: Lungu</i>	<i>Augu/nef</i>	<i>Húð</i>	<i>Önnur</i>	Fiskur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tóbaksreykur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Matargufur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mjóli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Málingarykt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Prentsverta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grænneti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Þvottaefni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Snyrtivörur/lúði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ávextir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Útblástur bifreiða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Nikkel/aðrir málmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hnetur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvaða?					Hvaða?				
Mikill hiti/kuldi/rok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skeldýr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreynsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Gedshræing/streita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vín/öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upp úr þurru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvaða?				
Annað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Litaður matur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvaða?					Gosdrykkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Hvaða?				
					Önnur matvæli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Hvaða?				