

Helseopplysninger (bruk blokkbokstaver)

Manglende opplysninger vil dessverre føre til forlenget ventetid til operasjon, da disse opplysningene er viktige for å gi deg en trygg behandling hos oss.

	Ja	Nei	Hvis ja, utdyp nærmere:
Har du hatt hjerteinfarkt, hjertekrampe (angina pectoris) eller andre hjerteproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du eller har hatt høyt blodtrykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du lungeproblemer (bronkitt, astma etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du allergi eller hatt reaksjoner på medikamenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du/har du hatt gulsott (hepatitt), HIV eller annen smittsom sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du nevrologisk sykdom (Parkinson, MS ol.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du reumatisk lidelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du andre kroniske eller akutte sykdommer/infeksjoner vi bør vite om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du hatt problemer ved tidligere operasjoner/bedøvelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du hatt blodpropp ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Røyker du, evt hvor mange pr dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du nakkeproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kan du gå opp en etasje uten å stoppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis nei, utdyp nærmere.

Høyde cacm Vekt cakg

Medikamenter i bruk nå (tabl, injeksjoner, infusjoner): Bruker ingen medikamenter:

Bruker du spesielle revmamedisiner (f.eks MabThera® eller andre infusjoner, spesifiser)

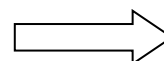
Navn (for eks. Nitroglycerin)	Styrke (f.eks. 0,25 mg)	Dosering (f.eks 1 tbl ved behov)

Bruker du mange medisiner? Legg ved egen medikamentsliste.

Dato: ___/___:20__

Signatur: _____

SNU ARKET



Personlige opplysninger (bruk blokkbokstaver)

Navn:

Fødselsnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnummer:

Telefon:

Mobil:

(Gi oss telefonnummer der vi best når deg)

Språk:

Ja Nei

Forstår du norsk?

Har du behov for tolk?

Morsmål

.....

Kjønn:

Kvinne:

Mann:

Hvem vil du vi skal kontakte hvis vi trenger det?

Navn:

Relasjon

Telefon 1

Telefon 2

Arbeidsgiver:

Yrke:

Stillingsprosent

Arbeidsgiver:

Telefon:

Adresse:

Egne leger:

Fastlege:

Adresse:

Henvisende lege:

Adresse: