**HELSESKJEMA**

**Alle spørsmål må besvares**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etternavn:** |  | | | | | | | | | **Fornavn:** | | |  | | | | **Personnr.:** | | | | |  |
| **Mobil;** |  | | | | | | | | | **Epost:** | | |  | | | | **Yrke:** | | | | |  |
| **Adresse:** |  | | | | | | | | | **Sted:** | | |  | | | | **Postnr.:** | | | | |  |
| **Høyde:** |  | | | | | | | | | **Vekt:** | | |  | | | | **BMI:** | | | | |  |
| **Pårørende:** |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | **Mobil:** | | | | |  |
| **Hentes av:** |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | **Mobil:** | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  |
| **Fyll ut helseopplysningene;** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | **Ja** | | **Nei** | | **Spesifiser** | | | |  | | | **Ja** | | | **Nei** | **Spesifiser** | | | |
| Hjerteinfarkt | | | |  | |  | |  | | | | Nyresykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Angina | | | |  | |  | |  | | | | Stoffskiftesykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Ujevn rytme/puls | | | |  | |  | |  | | | | Sukkersyke | | |  | | |  |  | | | |
| Klaffefeil | | | |  | |  | |  | | | | HIV - AIDS | | |  | | |  |  | | | |
| Annen hjertesykdom | | | |  | |  | |  | | | | Kramper, epilepsi | | |  | | |  |  | | | |
| Høyt blodtrykk | | | |  | |  | |  | | | | Lav blodprosent | | |  | | |  |  | | | |
| Hjerneslag/drypp | | | |  | |  | |  | | | | Magesår | | |  | | |  |  | | | |
| Blodpropp | | | |  | |  | |  | | | | Kreftsykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Asthma | | | |  | |  | |  | | | | Psykiske plager | | |  | | |  |  | | | |
| Lungesykdom | | | |  | |  | |  | | | | Spiseforstyrrelser | | |  | | |  |  | | | |
| Lammelser | | | |  | |  | |  | | | | Hovne ankler | | |  | | |  |  | | | |
| Leversykdom | | | |  | |  | |  | | | | Øyesykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Hepatitt | | | |  | |  | |  | | | | Unormale arr | | |  | | |  |  | | | |
| Allergi | | | |  | |  | |  | | | | Blør lett | | |  | | |  |  | | | |
| Reaksjon på medisin | | | |  | |  | |  | | | | Sårinfeksjon | | |  | | |  |  | | | |
| Arvelig sykdom | | | |  | |  | |  | | | | Leddsykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Tarmsykdom | | | |  | |  | |  | | | | Nakkeplager | | |  | | |  |  | | | |
| Svangerskap | | | |  | |  | |  | | | | Narkose, epidural | | |  | | |  |  | | | |
| Født barn | | | |  | |  | |  | | | | Lokalbedøvelse | | |  | | |  |  | | | |
| Keisersnitt | | | |  | |  | |  | | | | Infeksjonssykdom | | |  | | |  |  | | | |
| Tungpust | | | |  | |  | |  | | | | Alkohol | | |  | | |  | Enheter pr. uke; | | | |
| Løse tenner | | | |  | |  | |  | | | | Narkotika | | |  | | |  |  | | | |
| Operert her tidligere | | | |  | |  | |  | | | | Røyk | | |  | | |  | Pr. dag; | | | |
| Konsultasjon her før | | | |  | |  | |  | | | | Snus | | |  | | |  |  | | | |
| Andre sykdommer | | | |  | |  | |  | | | | Frisk | | |  | | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | Fysisk god form | | |  | | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fyll ut side 2(baksiden) også.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Ja** | | | **Nei** | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Opphold sykehus** | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| Navn sykehus | |  | | |  | | År | | Årsak(diagnose) | | | | | Behandling/operasjon | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | **Ja** | | | **Nei** | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| Sykehus utlandet | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Medisiner, p-piller, kost-tilskudd, vitaminer;** | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| Navn | | |  | |  | |  | |  | | | | | Styrke | | Dosering | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Allergier;** medisiner, mat, pollen, dyr, annet | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Andre opplysninger;** | | | | | | | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Ønsket behandling;** | | | | |  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| Sted: | | | | | Dato: | | |  | | | Underskrift: | | | | | | | | | | | |