**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: |