

HELSESKJEMA

Alle spørsmål må besvares

Etternavn:	Fornavn:	Personnr.:
Mobil;	Epost:	Yrke:
Adresse:	Sted:	Postnr.:
Høyde:	Vekt:	BMI:
Pårørende:		Mobil:
Hentes av:		Mobil:

Ønsket behandling;

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			
Lever sykdom				Øyesykdom			
Hepatitt				Unormale arr			
Allergi				Blør lett			
Reaksjon på medisin				Sårinfeksjon			
Arvelig sykdom				Leddsykdom			
Tarmsykdom				Nakkeplager			
Svangerskap				Narkose, epidural			Har fått
Født barn				Lokalbedøvelse			Har fått
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.

Opphold sykehus	Ja	Nei	År	Årsak(diagnose)	Behandling/operasjon
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Navn sykehus					

Sykehus utlandet	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medisiner, p-piller, kost-tilskudd, vitaminer;		
Navn	Styrke	Dosering

Allergier; medisiner, mat, pollen, dyr, annet

--

Andre opplysninger;

Sted: _____ Dato: _____ Underskrift: _____