

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			
Tungpust				Hovne ankler			
Lammelser				Øyesykdom			
Leversykdom				Unormale arr			
Hepatitt				Blør lett			
Allergi				Sårinfeksjon			
Reaksjon på medisin				Leddsykdom			
Arvelig sykdom				Nakkeplager			
Tarmsykdom				Narkose, epidural			Har fått
Svangerskap				Lokalbedøvelse			Har fått
Født barn				Infeksjonssykdom			
Keisersnitt				Alkohol			Enheter pr. uke;
Tannproblemer				Narkotika			
Løse tenner				Røyk			Pr. dag;
Operert her tidligere				Snus			
Konsultasjon her før				Frisk			
Andre sykdommer				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: _____