

DATO FOR KONSULTASJON:

BESØK HOS:

AKTUELT BLODTRYKK:

Akademiklinikens Helseskjema

PERSONOPPLYSNINGER

Navn

Personnummer

Adresse

Telefon

E-post

Yrke/Fastlege

Den personlige informasjon som vi samler inn håndteres på en ansvarsfull måte med hensyn til personvernloven. Vi håndterer alle personopplysninger i forhold til gjeldende lovverk. Les gjerne mer på <https://www.akademikliniken.no/personvernpolicy>

JEG SAMTYKKER TIL AT DERE SENDER MEG INFORMASJON PÅ FØLGENDE VIS:

Nyhetsbrev / Tilbud E-post
Pasientrelatert informasjon E-post Brev Sms
Kundeundersøkelse E-post

HELSEINFORMASJON

Bruker du faste medisiner? Dette gjelder også p-piller, hormonpreparater, vitaminer og blodfortynnende medisiner.

Hvis ja, hva?

Ja Nei

Har du, eller har du hatt, alvorlig sykdom?

Hvis ja, hva og når?

Ja Nei

Har du, eller har du hatt hjertesykdom?

Hvis ja, hvilken type?

Ja Nei

Har du lungesykdom? (astma, emfysem, bronkitt, annet)?

Hvis ja, hvilken type?

Ja Nei

Har du høyt blodtrykk?

Ja Nei

Har du epilepsi, besvimelser og krampetendenser?

Ja Nei

Har du diabetes?

Om ja, vilken type?

Ja Nei

Har du herpes? (munnsår)

Ja Nei

Har du noen revmatisk sykdom?

Ja Nei

Har du noen nevrologisk sykdom?

Hvis ja, hvilken type?

Ja Nei

Har du noen infeksjoner?

Hvis ja, hvilken type?

Ja Nei

Har du noen form for blodsmitte? (HIV, Hepatitt)

Hvis ja, hvilken type?

Ja Nei

Har du eller noen i din familie hatt blodpropp i lunger eller ben?

Hvis ja, hvem og når? Ja Nei

Er du overfølsom/allergisk mot noen form for medisin eller matsorter?

Hvis ja, hvilke? Ja Nei

Har du hatt magesår eller sure oppstøtt?

Hvis ja, hvilke? Ja Nei

Har du tendens til å blø lett eller lenge når du er skadet? Får du lett blåmerker?

Hvis ja? Ja Nei

Har du tidligere vært operert? (også plastikk kirurgiske inngrep?)

Hvis ja, hva og når? Ja Nei

Har du fått narkose eller bedøvelse tidligere?

Hvis ja, noen komplikasjoner? Ja Nei

Har du vært på sykehus i utlandet de siste seks månedene?

Hvis ja, hvilket land og for hva? Ja Nei

Har du vært behandlet med maskiner som skal fjerne fett eller stramme opp hud?

Hvis ja, når? Ja Nei

Har du tidligere hatt store vektsvingninger?

Hvis ja, antall kilo? Ja Nei

Har du benyttet noen form for fillers(permanent/ikke permanent)?

Hvis ja, hvilken type? Ja Nei

Røyker eller snuser du? Evt. Hvor mye? Bruker nikotintyggegummi eller lignende for avvenning?

Hvis ja, hva og hvor mye? Ja Nei

Misbruker du, eller har du misbrukt, alkohol, narkotika eller annen form for stimulerende midler?

Hvis ja, hva? Ja Nei

Har du hatt leversykdom, Gulstott, gallestein, annet?

..... Ja Nei

Er du gravid/ammende?

..... Ja Nei

Har du barn?

Hvis ja, hvor mange og når? Ja Nei

Psykiske problemer, eller innlagt på psykiatrisk avdeling?

..... Ja Nei

Har du spiseforstyrrelser?

..... Ja Nei

Føler du deg frisk?

..... Ja Nei

Trener du regelmessig? Kan du gå opp trapper i 4 etg uten å stoppe for å hvile?

..... Ja Nei

Vekt **Høyde** **BMI** (fylles inn av Akademikliniken)

Jeg bekrefter at ovennevnte informasjon er sann og er klar over at falsk/ufullstendig informasjon kan utgjøre en sikkerhetsfare for min operasjonen. Jeg tillater at det inhentes journalopplysninger og laboratorieprøver som grunnlag for medisinsk vurdering før min operasjon/behandling.

STED OG DATO

SIGNATUR