

Oplysningseskema

Navn

CPR

Mobiltelefon Telefon i dagtimerne

Email

Egen læge

Allergier og arvelige dispositioner

Nej Ja

Har du allergier over for medicin?(fx.Penicillin)

Hvis "Ja",hvilke lægemidler

Har du andre former for allergier?

Har du nogen kendte arvelige sygdomme i famillien?

Hvis "Ja",beskriv

Kontakt til sygehuse

Nej Ja

Har du tidligere været indlagt eller fået en ambulans operation?

Hvis "Ja", så bedes du udfylde nedenstående. Skriv eventuelt på et andet stykke papir.

Årstal(ca.)	Hospital	Lidelse/behandling
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lider du eller har du lidt af følgende:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hjertelidelse? | <input type="checkbox"/> Forhøjet blodtryk? | <input type="checkbox"/> Blodprop i hjernen eller hjertet? |
| <input type="checkbox"/> Lungesygdom? | <input type="checkbox"/> Neurologisk sygdom? | <input type="checkbox"/> Mave eller tarmlidelse? |
| <input type="checkbox"/> Stofskiftesygdom? | <input type="checkbox"/> Nyresygdom? | <input type="checkbox"/> Leversygdom? |
| <input type="checkbox"/> Blødersygdom? | <input type="checkbox"/> Sykkersyge? | <input type="checkbox"/> Psykiske sygdomme? |
| <input type="checkbox"/> Andre sygdomme? | | |

Nej Ja

Har du et medicinforbrug?

Hvis "Ja", så bedes du udfylde nedenstående.

Præparatnavn	Styrke (fx.400 mg)	Morgen	Middag	Aften	Nat	Efter behov
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol (ugentligt forbrug)

Tobak (dagligt forbrug)

Højde

Vægt

Arbejde

Sygemelding?

Dato

Motion/træning

Samtykkeerklæring

Jeg er indforstået med, at Reumatologisk Klinik Brønshøj kan indhente relevante oplysninger fra sundhed.dk, FMK (Fælles Medicinkort), andre læger/hospitaler og kan sende kopi af notater til egen læge og evt. andre læger/hospitaler, hvis det vurderes relevant for min sygdom

Jeg giver tilladelse til, at Reumatologisk Klinik Brønshøj må kontakte mig via e-mail.

Mange tak for hjælpen.

Dato

Underskrift