

Oplysningsskema

Journaldokument



Dato	Efternavn	Fornavn
Personnummer	Vejnavn Husnr.	Postnummer
By	Erhverv	Telefon
Mobilnummer	E-mail	

Må vi kontakte dig? JA NEJ

Nærmeste pårørende:	Telefon til pårørende:
---------------------	------------------------

Din helbredstilstand og oplysninger om dig som kan have betydning for din operation. Svar venligst **JA** eller **NEJ** på nedenstående spørgsmål. Har du brug for at uddybe nogle svar, kan dette gøres på side 2.

1 Fejler du noget? JA NEJ

Hvis JA, hvad?.....

2 Tager du regelmæssigt nogen form for medicin?
(Gælder også p-piller, hormoner, vitaminer og blodfortyndende medicin)? JA NEJ

Hvis JA, hvilken/ hvilke?.....

3 Er du tidligere blevet opereret (også plastikkirurgiske operationer)? JA NEJ

Hvis JA, hvilken type operation og hvornår?.....

4 Har du haft komplikationer i forbindelse med fuld narkose? JA NEJ

Hvis JA, hvilken/ hvilke?.....

5 Har du været indlagt på hospital i Danmark? JA NEJ

Hvis JA, for hvad og hvornår?.....

6 Har du været indlagt på hospital i udlandet? JA NEJ

Hvis JA, for hvad og hvornår?.....

7 Har du, eller har du haft, besvær med hjerte eller lunger? JA NEJ

8 Lider du af forhøjet blodtryk? JA NEJ

9 Har du, eller nogen i din familie, haft blodprop i lunger eller ben? JA NEJ

- | | | | |
|----|---|----|-----|
| 10 | Har du øget tendens til blødning, eller bløder du længe ved f.eks. sårskader? | JA | NEJ |
| 11 | Får du let meget store blå mærker? | JA | NEJ |
| 12 | Har du, eller har du haft, problemer med din galdeblære? | JA | NEJ |
| 13 | Har du diabetes? | JA | NEJ |
| 14 | Har du astma? | JA | NEJ |
| 15 | Har du epilepsi? | JA | NEJ |
| 16 | Har du haft gulsot? | JA | NEJ |
| 17 | Har du nogen alvorlig smitsom sygdom? f.eks. HIV, hepatit m.v. | JA | NEJ |
| 18 | Har du herpes? | JA | NEJ |
| 19 | Er du overfølsom/allergisk overfor nogen typer medicin? | JA | NEJ |

Hvis JA, hvilken type?.....

- | | | | |
|----|--|----|-----|
| 20 | Er du, eller har du været, i behandling med Isotretinoin/Accutin på grund af hudproblemer? | JA | NEJ |
| 21 | Har du, eller har du haft, psykisk sygdom? f.eks. angst, depression m.v. | | |

Hvis JA, hvilken type?.....

- | | | | |
|----|--|----|-----|
| 22 | Er du aktuelt misbruger, eller tidligere misbruger, af alkohol, narkotika, hash eller medicin? | JA | NEJ |
| 23 | Ryger du? | JA | NEJ |
| 24 | Anvender du nikotintyggegummi, plaster eller anden medicinsk behandling mod tobakstrang? | JA | NEJ |
| 25 | Dyrker du regelmæssig motion? | JA | NEJ |
| 26 | Kan du gå op ad trapper uden at holde pause? | JA | NEJ |
| 27 | Din vægt? Din højde? | | |
| 28 | For kvinder: Har du født børn? | JA | NEJ |
| | Antal? Årstal? Var fødslen normal? | | |
| 29 | Er du gravid? | JA | NEJ |
| 30 | Ammer du? | JA | NEJ |

Jeg bekræfter, at ovenstående oplysninger er rigtige og er indforstået med at usande/ufuldstændige oplysninger kan udgøre en sikkerhedsrisiko ved min operation. Jeg giver min tilladelse til, at journaldokumenter og laboratorievar må rekvireres som grundlag for medicinsk vurdering før min operation.

Underskrift

BMI

ASA

Blodtryk

Puls