

Helseopplysningsskjema



Informasjon

Vi ber deg fylle ut og sende inn skjema om helseopplysninger før timeavtalen. Dette er viktig informasjon for de som skal behandle deg. Ta kontakt med din fastlege eller den som har henvist deg til sykehuset dersom du trenger helsehjelp før avtalen din.

Skjemaet blir lagret i journalen din. Bare de som skal behandle deg kan lese skjemaet.

Din helse kan endre seg over tid, derfor ber vi deg om å sende inn skjemaet så snart som mulig, men tidligst tre måneder før avtalen. Send inn nytt skjema eller kontakt sykehuset hvis det er endringer før din avtale.

Det er vanskelig å si hvor lang tid det tar å fylle ut skjema. De fleste bruker under 10 minutter, andre lenger, avhengig av sykdommer og medisiner.

Personopplysninger og pårørende

Navn	<input type="text"/>	Fødsels -nummer	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Fastlege	<input type="text"/>

Pårørende

Navn	Telefonnummer	Relasjon/slektsskap
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Barn/søsken under 18 år

Navn	Telefonnummer	Relasjon/slektsskap
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Behov for tolk

Er det nødvendig
med tolk?

☐ Ja ☐ Nei

Hvilket språk? (Inkludert f.eks tegnspråk)

Hvilket land/region/dialekt?

--	--

Er det nødvendig med
annen type
kommunikasjonsstøtte?

☐ Ja ☐ Nei

Hvilken type? (F.eks talekort)

--

Reise utenfor Norden

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært i et land utenfor Norden, hvor du har:

☐ Nei, ingen av valgene under gjelder meg

☐ Vært innlagt i helseinstitusjon?

☐ Fått omfattende undersøkelse eller behandling i en helsetjeneste eller hos tannlege?

☐ Arbeidet som helsearbeider?

☐ Oppholdt deg i barnehjem eller flyktningleir?

Hvis du har krysset av for ett av valgene over:

Har du etter hjemkomst tatt en MRSA-prøve?

☐ Ja, den var negativ

☐ Ja, den var positiv

☐ Nei jeg har ikke tatt MRSA-prøve

Graviditet og amming

Er du gravid?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Usikker

Vennligst oppgi hvor langt du er kommet i graviditeten i antall uker.

--

Ammer du?

☐ Ja ☐ Nei

Sykdommer

Har du, eller har du hatt, hjerte-og karsykdom?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du høyt blodtrykk (hypertensjon)?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du økt blødningstendens?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du, eller har du hatt, lungesykdom?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du søvnapné?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Bruker du CPAP- eller BiPAP-maskin?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<i>Hvis du skal opereres må du ta med maskinen til sykehuset.</i>	
--------------------------	----	--------------------------	-----	---	--

Har du, eller har du hatt, nevrologisk sykdom?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du, eller har du hatt, nyresykdom?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du, eller har du hatt leversykdom?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du, eller har du hatt, diabetes?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/>	Usikker				

Har du, eller har du hatt, problemer med stoffskifte?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Har du leddgikt eller muskel-og skjelettsykdom?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Har du, eller har du hatt, problemer med mage eller tarm?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Er du plaget med magesår, magekatarr, spiserørsbrokk eller sure oppstøt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Hvis du skal opereres må du ta med maskinen til sykehuset.</i>
-----------------------------	------------------------------	---

Har du, eller har du hatt, psykiske sykdommer?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Har du, eller har du hatt, rusavhengighet (inkl. alkoholavhengighet)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvilken type rusavhengighet?	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Har du smittsom sykdom? *F.eks: HIV, Hepatitt C, Tuberkulose, VRE, MRSA, ESBL.*

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Får du brystmerter eller blir du tungpustet når du går opp trapper i normalt tempo?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskrivelse:	
<input type="checkbox"/> Usikker			

Har du annen helseinformasjon eller sykdom som vi bør vite om?

--

Medisiner

Bruker du blodfortynnende medisiner?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
-----------------------------	------------------------------

Bruker du andre reseptbelagte medisiner?

Gjelder også prevensjonsmidler.

☐ Ja ☐ Nei

Bruker du reseptfrie medisiner, kosttilskudd eller naturmedisin?

☐ Ja ☐ Nei

Vennligst spesifiser hvilke medisiner (inkl. prevensjon) du bruker, dosering og hvorfor du bruker disse.

F.eks Voltaren 50 mg, en gang daglig, mot ryggsmarter.

☐ Kryss av her hvis du legger ved medisinliste på eget ark

Er du allergisk mot noen typer antibiotika eller andre medisiner?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Usikker

Beskriv hvilke medisiner du er allergisk mot og hvordan du reagerer:

Mat, livsstil og dagligliv

Har du behov for spesiell kost?

☐ Ja ☐ Nei Beskrivelse:

Er du allergisk mot matvarer, pollen, lateks, nikkel eller annet?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Usikker

Beskriv hva allergisk mot og hvordan du reagerer:

Klarer du å dusje, kle på deg og utføre daglige gjøremål selv?

☐ Ja ☐ Nei

Beskrivelse:

Har du problemer med syn, hørsel eller å snakke?

☐ Ja ☐ Nei

Beskrivelse:

Røyker du?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, hvor ofte røyker du? ☐ Daglig ☐ Ukentlig ☐ Sjeldent

Har du røkt tidligere?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, når sluttet du å røyke? (skriv årstall)

Bruker du snus?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, hvor ofte bruker du snus? ☐ Daglig ☐ Ukentlig ☐ Sjeldent

Har du brukt snus tidligere?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, når sluttet du med snus? (skriv årstall)

Drikker du alkohol?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, hvor ofte drikker du alkohol? ☐ Daglig ☐ Ukentlig ☐ Sjeldent

Bruker du andre rusmidler?

☐ Ja ☐ Nei

Høyde og vekt

Høyde i centimeter:

Vekt i kilo:

Operasjon

Har du blitt operert tidligere?

☐ Ja ☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du tatt keisersnitt?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, fikk du problemer (komplikasjoner) etter operasjonen?

☐ Ja ☐ Nei

Beskrivelse:

☐ Vet ikke

Har du fått narkose eller lokalbedøvelse tidligere?

☐ Ja, narkose

☐ Nei

☐ Ja, lokalbedøvelse

Har du, eller noen du er i slekt med, reagert unormalt på narkose eller bedøvelse?

☐ Ja, på narkose

☐ Nei, ikke som jeg kjenner til

☐ Ja, på lokalbedøvelse

Beskrivelse:

Har du lett for å bli kvalm eller reisesyk?

☐ Ja ☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du hatt vekttap de siste ukene?

☐ Ja ☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du spist mindre enn normalt de siste ukene?

☐ Ja ☐ Nei

☐ Vet ikke

Beskriv vekttap og eventuelt redusert matinntak:

Har du problemer med å bøye hodet bakover?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Vet ikke

Beskrivelse:

Har du problemer med å bevege kjeven eller har du nedsatt gapeevne (mindre enn ca 3 cm)?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Vet ikke

Beskrivelse:

Klarer du å ligge flatt på ryggen?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Vet ikke

Beskrivelse:

Har du løse tenner, tannprotese eller piercing i munnen?

☐ Ja ☐ Nei
☐ Vet ikke

Beskrivelse:

Er det andre forhold vi trenger å vite om i forbindelse med undersøkelse/behandling?

Beskrivelse: