

Oplysningsskema

Journaldokument



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

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

Din helbredstilstand og oplysninger om dig som kan have betydning for din behandling.

Svar venligst **JA** eller **NEJ** på nedenstående spørgsmål.

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 Får du let meget store blå mærker? JA NEJ

4 Har du tidligere fået foretaget en kosmetisk behandling? JA NEJ

5 Har du diabetes? JA NEJ

6 Har du astma? JA NEJ

7 Har du epilepsi? JA NEJ

8 Har du herpes?

9 Er du overfølsom/allergisk overfor nogen typer medicin? JA NEJ

Hvis JA, hvilken type?.....

10 Er du, eller har du været, i behandling med Isotretinoin/Accutin på grund af hudproblemer? JA NEJ

11 Er du gravid? JA NEJ

12 Ammer du? JA NEJ

Underskrift og dato: