



Spørgeskema - 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? JA NEJ
 (Gælder også p-piller, hormoner, vitaminer og blodfortyndende medicin)?
 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.	JA	NEJ

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

Hvis JA, hvor meget?

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 laboratoriesvar må rekvireres, som grundlag for medicinsk vurdering før min operation.

Underskrift

BMI

ASA

Blodtryk

Puls