

## SKJEMA OM HELSEOPPLYSNINGER VED SYKEHUSBESØK

Vi ber deg fylle ut og sende inn dette skjemaet før du skal på sykehuset. Send svaret til sykehuset og den avdelingen som har kalt deg inn (se informasjon i brevet). Du kan også logge inn på helsenorge.no via lenke angitt i innkallingsbrevet og fylle ut skjemaet der. Skjemaet vil først bli lest i forbindelse med din timeavtale, ikke med en gang du sender det inn. Skjemaet blir ikke besvart.

Personopplysninger og pårørende	
Etternavn:	Fornavn:
Mellomnavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Navn på pårørende som fyller ut skjemaet:	Fødselsnummer pårørende (11 siffer):
Tlf. privat/mobil pårørende:	
Navn på andre pårørende:	
Helse	
Har du, eller har du hatt, noen av sykdommene under? <i>Sett kryss og svar på spørsmålene</i>	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Nevrologiske sykdommer (for eksempel epilepsi) Hvilken sykdom?	
<input type="checkbox"/> Problemer med fordøyelsen Kan du beskrive kort?	
<input type="checkbox"/> Lungesykdom (for eksempel astma, cystisk fibrose eller søvnapné) Hvilken sykdom?  Bruker du forstøver, pustemaske eller andre hjelpemidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Hvis du bruker pustemaske må du ta med denne om du skal legges inn på sykehuset.</i> Beskriv:	
<input type="checkbox"/> Medfødte sykdommer (for eksempel hjertefeil) Hvilken sykdom?	

Annen sykdom

Hvilken sykdom?

Høyde i centimeter:

Vekt i kilo:

### Medisiner og allergier

Bruker du medisiner? (gjelder også reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner)

Ja  Nei

Ta med oppdatert medisinliste til timeavtalen. Denne kan du få på apoteket eller hos din fastlege.

Navn på medisin, styrke og type (for eksempel tablett, dråper eller sprøyte) og hvor mye tar du av medisinen hver dag?

Er du allergisk mot noen medisiner?

Hvilke medisiner (legemiddelnavn, styrke og form) og hva slags reaksjon?

Ja  Nei

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

Hva er du allergisk mot og hva slags reaksjon?

Ja  Nei

Har du tidligere reagert på kontrastmiddel i forbindelse med radiologiske undersøkelser?

Hva slags reaksjon?

Ja  Nei  Vet ikke

### Dagligliv

Trenger du en spesiell type mat? (sett ett eller flere kryss)

Diabetes kost

Laktosefri kost

Vegetar kost

Glutenfri kost

Melkeproteinfri kost

Matallergi

Halal kost

Saltreduert kost

Annen spesialkost

Kosher kost

Vegan kost

Hvilken annen spesialkost?

Har du behov for hjelpemidler? Hvilke hjelpemidler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Går du i barnehage eller på skole? Skriv inn navn på barnehage eller skole:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Før eventuell operasjon eller undersøkelse i narkose eller annen bedøvelse</b>	
Har du vært i narkose tidligere? Ved hvilket sykehus/klinikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du eller noen du er i slekt med reagert på narkose eller bedøvelse? Hvem har reagert, hva slags bedøvelse og hva slags reaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Har du problemer med å bevege kjeve eller nakke, eller med å gape? Beskriv hvordan:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du regulering, løse tenner eller tenner som er reparerte? Beskriv hva:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du problemer med å ligge flatt på ryggen? Beskriv hvorfor:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du halsbrann, magesår, magekatarr, spiserørsbrokk, sure oppstøt eller lignende? Beskriv tilstanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke

Har du sår eller utslett i huden nær operasjonsstedet?

Ja  Nei

Beskriv tilstanden:

### Spørsmål til timeavtalen

Trenger du tolk?

Ja  Nei

Hvilket språk?

Kan du komme til time på kort varsel?

Ja  Nei

Har du vært i utlandet hos lege, tannlege, jobbet på sykehus, vært på barnehjem eller i flyktningleir i løpet av de siste 12 månedene?

Ja  Nei

*Hvis Ja: Test deg for motstandsdyktige bakterier hos fastlegen. Testen er gratis. Ring oss så fort som mulig hvis du vet at du selv eller noen du bor sammen med, har eller har hatt motstandsdyktige bakterier.*

Er det noe annet du gruer deg spesielt til, eller noe annet vi bør vite for å kunne gi deg god behandling?

Sted/dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

*Sist revidert: April 2023*

Side 4 av 4