

## SKJEMA OM HELSEOPPLYSNINGAR VED SJUKEHUSBESØK

Vi ber deg fylla ut og sende inn dette skjemaet før du skal på sjukehuset. Send svaret til sjukehuset og den avdelinga som har kalla deg inn (sjå informasjon i brevet). Du kan også logge inn på helsenorge.no via lenke angitt i innkallingsbrevet og fylla ut skjemaet der. Skjemaet vil først bli lese i samband med timeavtalen din, ikkje med ein gong du sender det inn. Skjemaet blir ikkje svart på.

Personopplysningar og pårørande	
Etternamn:	Fornamn:
Mellomnamn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Navn på pårørande som fyller ut skjemaet:	Fødselsnummer pårørande (11 siffer):
Tlf. privat/mobil pårørande:	
Namn på andre pårørande:	
Helse	
Har du, eller har du hatt, nokon av sjukdommane under? <i>Sett kryss og svar på spørsmåla</i>	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Nevrologiske sjukdommar (til dømes epilepsi) Kva sjukdom?	
<input type="checkbox"/> Problem med fordøyinga Kan du beskrive kort?	
<input type="checkbox"/> Lungesjukdom (til dømes astma, cystisk fibrose eller søvnapné) Kva sjukdom?  Brukar du forstøvar, pustemaske eller andre hjelpemiddel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Viss du brukar pustemaske må du ta med denne om du skal leggjast inn på sjukehuset.</i> Beskriv:	
<input type="checkbox"/> Medfødde sjukdommar (til dømes hjartefeil) Kva sjukdom?	

Annan sjukdom

Kva sjukdom?

Høgde i centimeter:

Vekt i kilo:

### Medisinar og allergiar

Brakar du medisinar? (*gjelder også reseptfrie medisinar, alternative medisinar og naturmedisinar*)

Ja  Nei

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

Namn på medisin, styrke og type (til dømes tablett, dropar eller sprøyte) og kor mykje tek du av medisinen kvar dag?

Er du allergisk mot nokre medisinar?

Kva medisinar (legemiddelnamn, styrke og form) og kva slags reaksjon?

Ja  Nei

Er du allergisk mot nokre matvarer, pollen, lateks, nikkel eller anna?

Kva er du allergisk mot og kva slags reaksjon?

Ja  Nei

Har du tidlegare reagert på kontrastmiddel i samband med radiologiske undersøkingar?

Kva slags reaksjon?

Ja  Nei  Veit ikkje

### Daglegliv

Treng du ein spesiell type mat? (*sett eitt eller fleire kryss*)

Diabetes kost

Laktosefri kost

Vegetar kost

Glutenfri kost

Melkeproteinfri kost

Matallergi

Halal kost

Saltreduert kost

Annan spesialkost

Kosher kost

Vegan kost

Kva annan spesialkost?

Har du behov for hjelpemiddel? Kva hjelpemiddel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Går du i barnehage eller på skule? Skriv inn namn på barnehage eller skule:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Før eventuell operasjon eller undersøking i narkose eller annan bedøving</b>	
Har du vore i narkose tidlegare? Kva sjukehus/klinikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du eller nokon du er i slekt med reagert på narkose eller bedøving? Kven har reagert, kva slags bedøving og kva slags reaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje
Har du problem med å røra kjeve eller nakke, eller med å gapa? Beskriv korleis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du regulering, lause tenner eller tenner som er reparerte? Beskriv kva:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du problem med å liggje flatt på ryggen? Beskriv kvifor:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du halsbrann, magesår, magekatarr, matrøyrbrokk, sure oppstøytar eller liknande? Beskriv tilstanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje

Har du sår eller utslett i huden nær operasjonsstaden?

Ja  Nei

Beskriv tilstanden:

### Spørsmål til timeavtalen

Treng du tolk?

Ja  Nei

Kva språk?

Kan du komma til time på kort varsel?

Ja  Nei

Har du vore i utlandet hos lege, tannlege, jobbet på sjukehus, vore på barneheim eller i flyktningleir dei siste 12 månedane?

Ja  Nei

*Viss Ja: Test deg for motstandsdyktige bakteriar hos fastlegen. Testen er gratis.*

*Ring oss så fort som mogleg viss du veit at du sjølv eller nokon du bur samen med, har eller har hatt motstandsdyktige bakteriar.*

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

Stad/dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

*Sist revidert: April 2023*