

## HELBREDSSKEMA

Udfyld dine data og besvar venligst spørgsmålene nedenfor. Medbring det udfyldte skema ved første fremmøde.

Er du i tvivl om, hvorledes du udfylder skemaet kontakt da sekretariatet på telefon +45 8880 2327.

Patient navn

Patient cpr.nr

### 1: HØJDE OG VÆGT

Højde \_\_\_\_\_ Vægt \_\_\_\_\_

### 1: ALLERGI OG INTOLERANS

Har du haft overfølsomhedsreaktioner over for penicillin eller andre antibiotika? Ja  Nej

Hvis ja, beskriv typen af reaktion \_\_\_\_\_

Har du haft overfølsomhedsreaktioner over for anden medicin eller andre stoffer? Ja  Nej

Hvis ja, beskriv typen af reaktion \_\_\_\_\_

Har du haft overfølsomhedsreaktioner over for plaster? Ja  Nej

Hvis ja, beskriv typen af reaktion \_\_\_\_\_

Har du haft overfølsomhedsreaktioner over for gummiprodukter (latex)? Ja  Nej

Hvis ja, beskriv typen af reaktion \_\_\_\_\_

Har du haft overfølsomhedsreaktioner over for fødevarer eller andet? Ja  Nej

Hvis ja, beskriv typen af reaktion \_\_\_\_\_

---

## 2: TOBAK

Ryger du?      Ja       Nej

Hvis ja, hvor mange cigaretter/cigarer/pibestop dagligt \_\_\_\_\_

I hvor mange år \_\_\_\_\_

---

## 3: ALKOHOL

Alkohol, antal genstande pr. uge \_\_\_\_\_

---

## 4: RUSMIDLER

Hvis ja, beskriv type og hyppighed \_\_\_\_\_

## 5: ALMENT

Har du eller har du haft følgende sygdomme:

Forhøjet blodtryk? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Hjertesygdomme? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Blodsygdomme? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Lungesygdomme? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Knogleskørhed? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Epilepsi? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Psykisk lidelse? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Hudsygdomme? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Sukkersyge? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Leverbetændelse? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Sygdomme i immunforsvaret? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Har du indopererede proteser? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Gigttilidelser? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Andre sygdomme? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Kræft? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Har du fået strålebehandling? Ja  Nej  \_\_\_\_\_

Hvis ja, beskriv hvor på kroppen \_\_\_\_\_

Strålebehandling foretaget på hvilket hospital? \_\_\_\_\_

## 6: MEDICIN

Har du inden for de seneste 6 mdr fået piller, tabletter, indsprøjtninger eller andet? Ja  Nej

Hvis ja, angiv hvad og hvorfor \_\_\_\_\_

Tager du fast medicin udfyld da skemaet nedenfor

Navn	Dosis	Hvorfor tages medicinen
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____
8 _____	_____	_____
9 _____	_____	_____
10 _____	_____	_____

## 7: ØVRIGE OPLYSNINGER

## 8: UNDERSKRIFT

Dato

Din underskrift (evt. forældremyndighedshaver)

Hvis du ikke fysisk er i stand til at underskrive, kan du få en anden til at underskrive på vegne af dig. Navn på den pågældende skal anføres.