

Spørgeskema i forbindelse med undersøgelse/behandling på hospitalet. Du bedes udfylde dette skema. Oplysningerne i skemaet er vigtige for, at du kan få den rigtige behandling.

Personoplysninger	
Navn	_____
Adresse	_____
Cpr-nummer	_____
Nummer til fastnettelefon	_____
Nummer til mobiltelefon	_____
Nærmeste pårørende og tilhørsforhold	_____
Nummer til pårørendes mobiltelefon	_____

Allergi eller overfølsomhed	
Har du allergi eller overfølsomhed over for noget?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Hvis Ja, for hvad?

Har du haft nogle af følgende sygdomme/symptomer?		
	Ja	Nej
Har du haft blodprop i hjertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du brystmerter ved anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du haft nogle af følgende sygdomme/symptomer?

	Ja	Nej
Er du i behandling for forhøjet blodtryk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ofte hævede ankler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du astma eller KOL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du få åndedrætsbesvær i hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft hjerneblødning/blodprop i hjernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du stofskiftesygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tendens til sure opstød, halsbrand eller har du haft mavesår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre sygdomme, som ikke er nævnt ovenfor?

Tidligere indlæggelser

Ja

Nej

Hvis Ja, for hvad?

Hvilken medicin incl. håndkøbsmedicin tager du, og i hvilken dosis?

Medicin	Dosis	Virkemåde

Hvilken medicin incl. håndkøbsmedicin tager du, og i hvilken dosis?

Medicin	Dosis	Virkemåde
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		

Har du tidligere været bedøvet?

Ja

Nej

Har du løse tænder, stifttænder eller broer?

Ja

Nej

Ryger du?

Ja

Nej

Nej, men har tidligere røget

Hvis ja, hvor mange cigaretter ryger du i gennemsnit pr. dag?

Hvor mange genstande skønner du, at du drikker om ugen?

Angiv venligst følgende informationer:

Højde i cm

Vægt i kg

Screening for MRSA (multiresistente stafylokokker)

Har du tidligere fået påvist MRSA?

Ja

Nej

Har du inden for de seneste 6 måneder haft kontakt med en MRSA-positiv person?

Ja

Nej

Har du inden for de seneste 6 måneder været i direkte eller indirekte kontakt med levende svin?

Ja

Nej

Har du inden for de seneste 6 måneder været indlagt på et hospital eller en klinik i udlandet?

Ja

Nej

Har du indenfor de seneste 6 måneder haft ophold/arbejdet i krigszone, flygtningelejr eller på asylcenter?

Ja

Nej

Mange tak for din besvarelse. Den vil blive anvendt i forbindelse med dit første hospitalsbesøg.

Med venlig hilsen
Regionshospitalet Randers

