

OPLYSNINGSSKEMA - KIKKERTUNDERSØGELSE

Vi vil bede dig udfylde dette skema inden kikkertundersøgelsen og medbringe skemaet ved undersøgelsen. Hvis du er i tvivl om noget, så sæt spørgsmålstegn ved dit svar.

Dato: ____ / ____ 20

Efternavn: _____ Fornavn(e): _____

Personnummer: _____ Telefonnummer: Privat/Mobil: _____

Nærmeste pårørende:

Navn: _____ Relation: _____ Tlf.nr.: _____

OPLYSNINGER TIL EGEN LÆGE

1. Må vi sende brev til din egen læge om resultatet af undersøgelsen? Ja Nej

DIN GENERELLE HELBREDSTILSTAND

2. Har du haft blodprop i hjertet eller har du pacemaker? Ja Nej

3. Har du haft hjerneblødning eller blodprop i hjernen? Ja Nej

4. Har du sukkersyge? Ja Nej

Hvis ja, da angiv venligst, hvilken behandling du får: Insulin Tablet Diæt Ingen

5. Har du kroniske sygdomme (f.eks. stofskifte, astma, forhøjet blodtryk, epilepsi m.v.)? Ja Nej

Hvis ja, da angiv venligst hvilke(n):

6. Har du haft blodsygdomme (specielt at blodet ikke vil størkne)? Ja Nej

7. Lider du af overfølsomhed (allergi)? Ja Nej

Hvis ja, overfor hvad, og hvordan ytrer det sig?

8. Tager du medicin (tabletter, spray, dråber, injektion)?..... Ja Nej

Hvis ja, da angiv venligst navn på medicinen, styrke og hvor ofte den skal tages (medbring evt. medicinliste):

9. Har du (eller har du haft) inflammatorisk tarmsygdom (Colitis Ulcerosa eller Mb Crohn)? ... Ja Nej

10. Har du tidligere været indlagt eller behandlet på et hospital? Ja Nej

Hvis ja, oplys da venligst ca. årstal, hospitalets navn og årsag til indlæggelsen:

11. Er der arvelige sygdomme i din familie? Ja Nej

Hvis ja, hvilke? _____

12. Ryger du? Ja (antal dagligt: _____)..... Nej, men har røget tidligere..... Har aldrig røget

13. Hvor mange genstande alkohol har du i gennemsnit drukket om ugen gennem det seneste år? _____

14. Din højde: _____ cm og vægt: _____ kg.

Underskrift: _____