

**FORNEBUKLINIKKEN AS**

Snarøyveien 34, 1364 Fornebu

Tel. (+47) 67 11 54 20

Faks (+47) 67 11 54 21

www.fornebuklinikken.no

beskjed@fornebuklinikken.no

# Hälsoschema

Hälsoschemaet hjelper oss till att värdera om operation kan genomföras utan någon risk

Vänligen fyll ut schemaet så noggrant som möjligt  
**Svarar du ja på någon av frågorna ber vi dig ge övriga upplysningar på baksidan av schemaet.**

Man tar inte på sig några förpliktelser genom att fylla ut detta schemat. Det förvaras oåtkomligt för obehöriga och förstörs om operationen ej blir aktuell

Förnamn: \_\_\_\_\_

Efternamn: \_\_\_\_\_

Född: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr./ort: \_\_\_\_\_

Telefon dagtid: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Arbete: \_\_\_\_\_

	JA	NEJ		JA	NEJ
Har du varit hos oss før – til operasjon?					
Evt. år: _____					
Har du vært hos oss før – til konsultasjon? Evt. år: _____					
<b>Har du eller har du haft något av følgende tilstand?</b>					
Hjertinfarkt/hjertkramp			Får du lätt infektion i sår?		
Oregelmässig puls			Föramning/muskelförtvining		
Annan hjärtsjukdom			Allvarliga ryggsmärtor/ledsjukdomar		
Högt blodtryck			Nacksmärta / nackeskada		
Blodpropp/blodåderinfektion			Epilepsi / Yrsel		
Svullna anklar			Psykiska plågor		
Astma/Bronkit			Njursjukdom/urinvägssmärter		
Puststans under sömn /andningsstopp					
Andra lungsjukdomar			Magsår/tarmsjukdom		
Leversjukdom / Gulsot			Ätstörning		
Rökning, evt. mängd: ...../dag			Annan sjukdom/tilstand		
Daglig alkoholförbrukning			Regelbundet bruk av mediciner (oms JA: beskriv på baksidan)		
Hormonrubbing/sockersjuka			Tilfälligt bruk av mediciner (om JA: beskriv på baksidan)		
Ögonsjukdom			Längd: ..... Vikt: .....		
Årflig sjukdom			Tidigare operationer		
Allergi			Sjukhusvistelser		
Onormal reaktion på medicin			Tidigare narkoser eller epidural		
Onormal ärrläkning			Känner du dig frisk och i god form?		
Blöder du mer än normalt, tex vid födsel eller småskador ?			Dålig effekt eller onormal reaktion på lokalbedövning ?		

Jag garanterar att de opplysningsarna jag gett är så konkreta och utfyllda som möjligt och att jag kommer följa klinikkens råd och opplägg före och efter en eventuell operation.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATUM

SIGNATUR (kan vänta tills operation är bestämt)