

**FORNEBUKLINIKKEN AS**

Snarøyveien 34, 1364 Fornebu  
 Tel. 67 11 54 20 - Faks 67 11 54 21  
 www.fornebuklinikken.no  
 beskjed@fornebuklinikken.no  
 Kontonr: 6222 05 46050

**HELSEOPPLYSNINGER**

Helseopplysningene hjelper oss til å vurdere om en operasjon kan foretas uten risiko.

Vennligst fyll ut skjemaet så nøyaktig som mulig. **Svarer du ja på noen av spørsmålene ber vi deg gi utfyllende opplysninger på baksiden av skjemaet.**

Man påtar seg ingen forpliktelser ved å fylle ut dette skjema. Det oppbevares utilgjengelig for uvedkommende, og makuleres hvis operasjon ikke blir aktuelt.

Fornavn: \_\_\_\_\_

Etternavn: \_\_\_\_\_

Født: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./sted: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Stilling: \_\_\_\_\_

	JA	NEI		JA	NEI
Har du vært hos oss før – til operasjon?					
Evt. år: _____					
Har du vært hos oss før – til konsultasjon? Evt. år: _____					
<b>Har du eller har du hatt noen av disse tilstandene?</b>					
Hjerteinfarkt / hjertekrampe			Får du lett betennelse i sår?		
Uregelmessig puls			Lammelser / muskelsvinn		
Andre hjertesykdommer			Alvorlige rygglidelser / leddsykdommer		
Høyt blodtrykk			Nakkelidelse / nakkeskade		
Blodpropp / årebetennelse			Epilepsi (fallesyke) / besvimelsestendens		
Hovne ankler			Psykiske plager		
Astma / bronkitt			Nyresykdom / urinveislidelser		
Pustestopp under søvn					
Andre lungesykdommer			Magesår / tarmsykdom		
Leversykdom / Gulsott			Spiseforstyrrelser		
Røyking, evt. mengde: ...../dag			Andre sykdommer/tilstander		
Daglig alkoholforbruk			Regelmessig bruk av medikamenter (hvis JA: beskriv på baksiden)		
Stoffskiftesykdommer / sukkersyke			Tilfeldig bruk av medikamenter (hvis JA: beskriv på baksiden)		
Øyesykdommer			Høyde: ..... Vekt: .....		
Arvelige sykdommer			Tidligere operasjoner		
Allergi			Sykehusinnleggelse		
Unormal reaksjon på medisin			Tidligere narkoser eller epidural		
Unormal arr-tilheling			Føler du deg frisk og i god form?		
Blør du mer enn normalt, f.eks. ved fødsel eller småskader ?			Dårlig virkning eller unormal reaksjon på lokalbedøvelse ?		

Jeg erklærer at de gitte opplysninger er så korrekte og utfyllende som mulig og at jeg vil følge klinikkens råd og opplegg før og etter en eventuell operasjon.

\_\_\_\_\_

DATO

\_\_\_\_\_

SIGNATUR (kan vente til operasjon er bestemt)