

Navn: _____

Personnr.: _____

Tlf.: _____

Må returneres før du kan få behandling hos oss! Returadr.: Vestlundveien 23, 5145 Fyllingsdalen.

Helseopplyningskjema gynekologisk poliklinikk		JA	NEI
1	Er du i god fysisk form sammenlignet med jevnaldrende? Hvis ikke, har du spesielle hjelpebehov?		
2	Har du sukkersyke (diabetes mellitus)?		
3	Har du nyresykdom?		
4	Har du leversykdom?		
5	Har du høyt blodtrykk?		
6	Har du hjertesykdom?		
7	Har du hatt brystmerter ved anstrengelser?		
8	Har du brystmerter i hvile?		
9	Har du lungesykdom?		
10	Har du hatt blodpropp?		
11	Bruker du noen faste medisiner (også p-piller) / naturpreparater? Hvis JA, hvilke?		
12	Er du allergisk (overfølsom) for medisiner eller stoffer? Hvis JA, hvilke?		
13	Har du hatt, eller har du smittsomme sykdommer (HIV, Hepatitt)? Hvis JA, hvilke?		
14	Røyker du? Hvis JA, hvor mye?		
15	Har du fått lokalbedøvelse eller narkose tidligere?		
15A	Tåler du lokalbedøvelse?		
15B	Tåler du narkose?		
16	Har du vært innlagt på sykehus i Norge? Hvis JA, hvor og når?		
17	Har du vært innlagt eller i kontakt med helsevesenet utenfor Norden siste 12 mnd.? Hvis JA, hvor og når?		
18	Har du andre helseproblemer, sykdommer eller viktige opplysninger?		
19	Er det noe spesielt vi må ta hensyn til i forhold til matallergi/diett?		
20	GRAVID?		
HØYDE:		VEKT:	
SISTE MENS:			

Husk å ta med dine egne medisiner operasjon dagen.

DATO:	SIGN:
-------	-------