

Patientoplysningsskema

For at kunne give dig den bedst mulige behandling, bedes du udfylde nedenstående skema. Hvis du har nogen spørgsmål, er du velkommen til at kontakte Narkoseservice.

Personlige data

Navn	
CPR-nr.	
E-mail	
Mobil nr.	
Højde	
Vægt	

Pårørende

Navn	
Relation	
Mobil /telefonnr.	

Eventuel medicin

Navn	Styrke (mg)	Dosering	Behandlings årsag
F.eks. Ibuprofen	400 mg	1 tablet 3 x daglig	Smerter i ryggen

Fysisk formåen –sæt kryds i det udsagn, der passer bedst

Jeg er i fremragende form	
Jeg er fuldt aktiv og i rimelig god form	
Jeg klarer mig selv, men kan ikke udføre tungt fysisk arbejde	
Jeg klarer det meste selv, men bliver hurtigt forpustet	
Jeg får hjælp til det meste	

Allergier, sygdomme og medicin

	Ja	Nej	Beskriv
Allergier			
Sukkersyge			
Søvnapnoe			
Hjertesygdom			
Lungesygdom			
Nyresygdom			
Andre sygdomme			
Har du været i narkose før?			Hvis ja – var der nogen problemer? beskriv
Ryger du?			Hvor mange om dagen og i hvor mange år
Alkoholforbrug over 20 genstande/uge?			Får du abstinenser, hvis du ikke drikker alkohol i 1-2 dage – ja / nej

Yderligere oplysninger

Såfremt du har yderligere information som du tror er relevant, bedes du notere det nedenfor