

Oplysningseskema

Navn:

CPR nr:

Pårørende tlf:

Ja Nej

Har du tidligere lidt af alvorlige sygdomme? (Hvis ja, beskriv):

Ja Nej **Lider du af en eller flere af følgende sygdomme:**

Forhøjet Blodtryk?

Hjertesygdom?

Blodpropper?

Lungesygdomme (f.eks. Astma, KOL) ?

Leversygdom (Kronisk leverbetændelse) ?

Nyresygdom?

Sukkersyge eller Stofskiftesygdom?

Epilepsi? ?

Ledde-gigt eller andre autoimmune sygdomme?

HIV positiv?

Andet?

Er der arvelige sygdomme i din familie? (for brystpatienter tilfælde af brystkræft i familien)

Tager du dagligt medicin eller NATUR-medicinprodukter?

Hvis ja: Skriv præparatnavn og dosis: (Fortsæt evt på bagsiden)

Ja Nej **Har du allergi over for: (Hvis ja, beskriv symptomer)**

Penicillin?

Anden antibiotika?

Jod?

Latex?

Plaster?

Fødemidler? Hvis ja: Hvilke?

Andet? Hvis ja: Hvad?

Ja Nej **MRSA-Status (Multi-Resistent Stafylokok Aureus):**

Har du været indlagt på hospital i udlandet indenfor de sidste 6 mdr?

Har du tilknytning til svineproduktion?

Er du screenet for MRSA? - Hvis ja: Hvornår og hvad var resultatet?

Ja Nej **Tobaksrygning:**

Ryger du? Hvis ja hvor meget

Ja Nej **Har du tidligere været bedøvet:**

Lokalbedøvelse?

Fuld bedøvelse, hvis ja hvad er du opereret for?

Har du oplevet problemer i forbindelse med bedøvelse? (beskriv)

Har du fået foretaget Mammografi og/eller ultralydsscanning af bryster indenfor det sidste år?

Obs!: Noter venligst højde og vægt: Højde..... Vægt.....