

CPR:

NAVN:

## INFORMATION OM INDBERETNING AF SUNDHEDSDATA:

### Landspatientregistret (LPR):

Ifm. din undersøgelse og behandling på Amalieklinikken vil der altid blive indberettet personlige data i form af CPR-nr samt diagnoser, behandlingskoder og lignende til LPR, da dette er lovpligtigt.

### E-Journal og Sundhed.dk:

For patienter behandlet i det **offentlige system og patienter henvist herfra** gælder det, at det er obligatorisk at sende sundhedsdata (journalen) til E-journal og dermed sundhed.dk.

---

## SAMTYKKEERKLÆRING:

### Indhentning af oplysninger fra E-Journal og FMK (medicinregister):

For at kunne give dig den bedste og sikreste behandling, er det **nødvendigt**, at vi kan tilgå både din E-journal og FMK, for at få oplysninger om tidligere eller aktuelle sygdomme, se svar på laboratorieundersøgelser og se al medicin, som aktuelt er udskrevet til dig (også "privatmarkeret"). Giver du samtykke til, at vi må tilgå din E-journal og FMK for at se oplysninger relevante for din behandling i Amalieklinikken.: JA  NEJ

### E-Journal og sundhed.dk:

Journaler fra **privathospitaler** må også deles med E-journal, så du selv og andre sundhedsfaglige kan læse dem, hvis det er relevant. For offentligt henviste pt'er er dette obligatorisk. Giver du samtykke til, at vi sender dine sundhedsdata til E-journal og sundhed.dk : JA  NEJ

### Deling af sundhedsdata med egen læge:

Det kan i nogle situationer være vigtigt, at din egen læge er orienteret om din behandling. Giver du samtykke til, at vi deler dine sundhedsdata med din egen læge: JA  NEJ

**Er du i sygesikringsgruppe 2:** Skriv din læges fulde navn og adresse:

### Pårørende:

Det kan til tider være relevant at informere. Jeg giver samtykke til, at følgende må informeres om mine helbredsforhold og behandling: Ægtefælle/samlever  Forældre

INGEN  Børn  Andre  , Navn: \_\_\_\_\_

### KUN RELEVANT ved behandling i Amalieklinikken AALBORG c/o Nordens Privathospital:

Ved behandling i **Amalieklinikken AALBORG**, er det administrativt nødvendigt med samtykke til deling af sundhedsdata med Nordens Privathospital. Giver du samtykke til, deling af dine sundhedsdata med Nordens Privathospital: JA  NEJ

---

### Din ret til at trække samtykket tilbage:

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage ved at kontakte os. Når du trækker dit samtykke tilbage, stopper vi den behandling af dine data, som samtykket dækkede. Tilbagekaldelsen påvirker ikke lovligheden af den behandling, vi har foretaget, før du trak samtykket tilbage. Vi opbevarer dine sundhedsdata i minimum 10 år efter sidste journalnotat i henhold til journalbekendtgørelsen. Du kan læse mere om dine rettigheder og vores behandling af personoplysninger på vores hjemmeside: <https://www.amalieklinikken.dk/om-klinikken/persondatapolitik-i-amalieklinikken/>.

DATO: \_\_\_\_\_

UNDERSKRIFT: \_\_\_\_\_

# Oplysningseskema

Navn:

CPR nr:

Pårørende tlf:

**Ja Nej**

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

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

Forhøjet Blodtryk?

Hjertesygdom?

Lungesygdomme (f.eks. Astma, KOL) ?

Nyresygdom?

Leversygdom (Kronisk leverbetændelse) ?

Epilepsi?

Sukkersyge?

Stofskiftesygdom?

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 (inkl. vægttabsmedicin) 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 eller andet? Hvis ja: Hvilke? .....

**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, alkohol:**

Ryger du? Hvis ja hvor meget? .....

Drikker du mere end 14 genstande pr uge? 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.....