**INFORMATIONSSKEMA TIL LÆGEN**

Jeg vil bede dig udfylde dette skema, som giver mig en række nødvendige oplysninger.

**Navn :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPR.nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tlf.nr. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Beskæftigelse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Har du haft allergisk reaktion over for receptpligtig medicin Ja \_\_\_ Nej \_\_

I bekræftende fald hvilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvilken medicin indtager du i øjeblikket (også naturmedicin/ vitaminer) :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Har du været indlagt / undersøgt ambulant på sygehus ?

Angiv Sygehus, afdeling, årstal og sygdom

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Er der arvelige sygdomme i familien – hvilke ?

|  |
| --- |
|  |

Socialt – ægteskabelig status, antal børn – hjemmeboende/voksne – andet:

|  |
| --- |
|  |

Tobaksforbrug pr. dag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alkoholforbrug pr. dag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvad er din højde: \_\_\_\_\_\_\_ cm Vægt: \_\_\_\_\_\_\_ kg Har du klaustrofobi: Ja\_\_\_\_ Nej\_\_\_\_

Har du metal indopereret i kroppen, pacemaker, øreimplantater, insulinpumpe eller andre metalobjekter indsat under huden ? Ja \_\_\_ Hvilke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nej\_\_\_\_

Hvis du er **kvinde** – bedes du oplyse, om du aktuelt er gravid: Ja\_\_\_\_ Nej\_\_\_\_

Må vi sende evt. breve/journalnotater til dig via e-boks: Ja \_\_\_\_ Nej\_\_\_\_

**Jeg giver samtykke til, at Unni Jeppesen må sende besked/lægebrev til min egen læge / henvisende læge om, hvad der er fundet og udført her i klinikken, og at der må indhentes notater fra tidligere relevante undersøgelser/indlæggelser via sundhed.dk.**

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kopi af persondataforordning udleveres ved sekretæren, hvis dette ønskes.