

## EGENERKLÆRING OM HELSE

**Navn og personnummer:**..... **Telefon:**.....

Har du eller har du hatt følgende sykdommer

HJERTESYDKOM	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	SPESIFISER
Hvis JA, kryss av for hvilke:			
• Angina/brystsmerter	<input type="checkbox"/>		.....
• Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>		.....
• Hjerteklaffefeil	<input type="checkbox"/>		.....
• Rytmeforstyrrelse	<input type="checkbox"/>		.....
• Hjerteoperert	<input type="checkbox"/>		.....
• Annet	<input type="checkbox"/>		.....
HØYT BLODTRYKK	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
LUNGESYKDOM	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
DIABETES/SUKKERSYKE	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
BLODPROPP	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
BLØDNINGSTENDENSER	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
BLODFORTYNNENDE MEDISINER	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
LEVERSYKDOM	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
HIV/HEPATITT ANNEN SMITTE	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
REVMATISK SYKDOM/LEDDGIKT	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
NEVROLOGISK SYKDOM			
• Lammelser	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	
Hvis JA, hvor?			.....
• Epilepsi	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	
Hvis JA, hvor mange anfall de siste tre måneder?			.....
NYRESYKDOM	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
ANGST/PSYKISK LIDELSE	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
GRAVID/AMMER	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	.....
ANNEN SYKDOM .....			.....

Vennligst før opp medisiner du bruker:

Navn:

Styrke:

Dosering

---

---

---

---

---

Har du allergi/legemiddelallergi: JA  NEI

Hvis JA, hvilke: .....

Bruker du hjelpemidler? JA  NEI

Hvis JA, hvilke: .....

Har du hatt narkose tidligere? JA  NEI

Hvis JA, har det oppstått problemer? .....

Røyker du? JA  NEI

Høyde \_\_\_\_\_ Vekt \_\_\_\_\_

Har du blitt behandlet i helsesituasjon i utlandet, eller har du oppholdt deg utenfor  
norden mer enn seks sammenhengende de siste 12 måneder: JA  NEI

Hvis JA, vennligst ta kontakt med din fastlege for MRSA-prøve.

Vennligst fyll ut opplysninger om nærmeste pårørende

Navn

Slektskap

Telefonnummer

Mine nærmeste pårørende kan få informasjon om min helsetilstand JA  NEI

Fastlege/legekontor \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Har du frikort JA  NEI

Hvis ja, vennligst oppgi frikortnummer \_\_\_\_\_

Du er selv ansvarlig for å ha en voksen person sammen med deg den første natten etter dagkirurgisk operasjon i narkose.

Du kan ikke kjøre bil selv etter undersøkelse/behandling.

Hvis du har spørsmål til skjemaet eller viktige opplysninger som du vil drøfte med oss kan du ringe 22 11 85 82 mellom kl 10.00 og 15.00.

*Jeg bekrefter å ha lest og akseptert den informasjon som er sendt med innkallingen:*

*Jeg bekrefter at ovenstående opplysninger er riktige.*

Dato:

Underskrift: