

PATIENTOPLYSNINGER TIL JOURNAL

Personlige oplysninger

Navn: _____

CPR-nummer: _____

Adresse: _____

Postnummer/By: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-mail: _____

For patienter u. 16 år:

Forældres navn: _____

Forældres adresse: _____

Postnummer/By: _____

Sygeforsikring Danmark medlem: **Gruppe 1** **Gruppe 2** **Gruppe 5**

Eventuelle sygdomme

Tuberkulose Ja

Luftvejssygdom Ja

Hjertesygdom Ja

Forøget blødningstendens Ja

Epilepsi Ja

Diabetes (sukkersyge) Ja

Allergi / Astma Ja

Hæmophili (blødersygdom) Ja

Hepatitis (leverbetændelse) Ja

Er du blevet testet for HIV? Ja

Hvis ja, var den: Negativ Positiv

Er du ryger? Ja

Er du gravid? Ja

Bliver du behandlet med/mod:

Bestråling Ja

Cortison Ja

Insulin Ja

Antidepressiva/nervemedicin Ja

Antikoagulantia Ja

For højt blodtryk Ja

For lavt blodtryk Ja

Anden lægebehandling Ja

Hvilken? _____

Har du haft bivirkninger ved

Lokalbedøvelse Ja

Lattergas Ja

Penicillin Ja

Jeg tager følgende medicin dagligt:

Produktets navn: _____

Produktets navn: _____

Egen læge

Lægens navn: _____ Telefon: _____

Jeg bekræfter med min underskrift ovenstående, og at det Fælles Medicin Kort må konsulteres.

Dato: _____ Underskrift: _____