FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Helseopplysningsskjema

Navn:_____
Adresse:_____
Postnummer:_____ Sted:_____
Personnr 11 siffer:_____
Telefon:_____
Fastlege:_____

Pårørende navn:_____
Slektskap:_____ Født dato:_____
Telefon:_____

****

Har du hatt Covid? Ja ☐ Nei ☐
Ute av isolasjon (dato): _____

Høyde:_____Vekt:_____NB! Viktig i hht narkose!

	Nei	Ja		Nei	Ja
Har du allergi? (ring rundt) Legemidler Latex Annet: Dersom ja, angi nærmere under utfyllende opplysninger.			Har du noen ganger hatt problemer med narkose eller ryggbedøvelse (spinal, epidural)? Hvis **Ja**, angi nærmere hvor det skjedde, og når det skjedde. Beskriv hendelsen under utfyllende opplysninger.		
Har du høyt blodtrykk, blodtrykksbehandling?			Har du annen sykdom som det må tas spesielt hensyn til el. som krever medikamentell behandling? Hvis **Ja**, angi hvilken:		
Har du hatt hjertestans? Har du hjerte/kar sykdom, f.eks. angina, brystsmerter, hjertesvikt, hjerteinfarkt, rytmeforstyrrelse, pacemaker, røykeben?					
Har du hjertesykdom i familien? Evt. hvilken?			Ammer du eller er du gravid?		
Har du noen lungelidelse, astma, KOLS, eller snorking med pustestopp?			Hva er ditt morsmål? Kan du ha nytte av tolk?		
Har du nyre- eller urinveissykdom?			Har du tidligere vært operert? Årsak? Hvor? Når?		
Har du lever-, galle- eller tarmsykdom?					
Har du sykdom i nervesystemet, hjerneslag, Tia, hjerneblødning, kramper eller epilepsi?					
Har du reumatisk-, gikt- eller muskelsykdom?					
Har du problemer med nakken eller med å gape?			Har du vært innlagt til tannbehandling, blitt operert, eller fått tatovering eller piercing i utlandet de siste 12 mnd?		
Har du sure oppstøt, reflukssykdom, halsbrann?					
Har du Diabetes Mellitus/sukkersyke? Hvis **Ja,** blir du behandlet med (sett ring rundt): Insulin Tabletter Kost			Annet/Utfyllende opplysninger:		
Har du psykiske lidelser, angst, depresjon, fobier?					
Misbruker du rusmidler? Evt. hva?					
Har du sykdom som smitter? Tuberkolose, Hiv, Hepatitt eller annen?			Dersom du bruker legemidler, hvilken type og dosering?		
Blør du lett eller uvanlig lenge ved små sår eller tannbehandling?					
Blir du lett kvalm/reisesyk?					
Røyker/snuser du? Hvor mye: Sluttet år:					
Har du tannkjøttsykdom eller løse/skadde tenner?			Dato: Sign:		
Har du tannregulering, tannsmykke eller piercing i munn?					