## HELSEOPPLYSNINGER

**fylles ut ved første konsultasjon - alle punkter må besvares**

NAVN: PERS. NR.:

ADRESSE:

POSTNR.: POSTSTED: LAND:

YRKE:

TEL. PRIVAT: TEL. JOBB:

MOBIL: E-MAIL:

**ANGI HVILKEN OPERASJON SOM ØNSKES OG HVILKET OMRÅDE:**

**Når kunne du tenke deg å utføre behandlingen:**

Så snart som mulig ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

I nær fremtid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

På lang sikt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

Jeg er bare på tenkestadiet \_\_\_\_\_\_\_ □

Høyde: Vekt: BMI (fylles ut av klinikken):\_\_\_\_\_

Svangerskap/fødsler/barn:\_\_\_\_\_\_

**KRYSS AV JA NEI**

Røyker/snuser du (antall per dag)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Får du lett infeksjoner \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Har du økt blødningstendens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □   
Har du hatt blodpropp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Har du unormal arrdannelse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Allergier (f.eks. penicillin, lokalbedøvelse, mat, annet) □ □

Hvordan er din fysiske form/kondisjon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psykiske plager inkl. spiseforstyrrelser \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Har du vært innlagt på sykehus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Er du tidligere operert \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

Hvilken operasjon (tidspunktet) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du hatt narkose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □

### Har det vært noen problemer i forb. med

sykehusopphold/operasjon/narkose/sedasjon \_\_\_\_\_\_ □ □

**LEGEMIDLER/MEDISINER DU BRUKER** fast eller i perioder (inkl. P-piller, smertestillende og naturlegemidler)

**NAVN STYRKE DOSERING**

**Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer/besvær:**

**JA NEI**

Hjerteinfarkt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Hjertekrampe/angina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Brystsmerter ved anstrengelse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Ujevn hjerterytme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Hjerteklapp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Bilyd på hjertet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Astma/åndenød \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Tung pust ved anstrengelse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Lungesykdom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Høyt blodtrykk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Hjerneslag/drypp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Lammelser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Kramper/epilepsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Nyresykdom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Sukkersyke (diabetes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### HIV-AIDS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_□

##### Leversykdom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

##### Gulsott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

##### Blodmangel/anemi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_□

##### Magesår \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□

###### Beskriv kort om evt. sykdommer/besvær – bruk gjerne eget ark

Evt. annen informasjon du mener er av betydning for den ønskede operasjonen

**Hvordan kom du i kontakt med (fant oss) Oslo Plastikkirurgi**

##### □ Internett: □ Venner og bekjente

##### □ Google □Tidligere pasient ved klinikken

##### □ Sosiale media: hvilket: □ Avisannonse-hvor: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### □ Forum: hvilket: □ Annet: hvilket: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### □ Annet: hvilket:

##### 

##### **Hvordan tok du kontakt med oss for aller første gang**

□ Telefon

□ Mail

□ Sms

□ Drop-in

##### Sted/dato Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_