

**HELSEOPPLYSNINGER**

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

NAVN: \_\_\_\_\_ PERS.NR.: \_\_\_\_\_  
 ADRESSE: \_\_\_\_\_  
 POSTNR.: \_\_\_\_\_  
 YRKE: \_\_\_\_\_  
 TEL.PRIVAT: \_\_\_\_\_ TEL.JOBB: \_\_\_\_\_  
 MOBIL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

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

  
  

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

<b>KRYSS AV</b>	<b>JA</b>	<b>NEI</b>
Røyker du(antall sigaretter/dag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du lett infeksjoner:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du økt blødningstendens:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt blodpropp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du unormal arrdannelse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergier:(f.eks.penicillin,lokalbedøvelse,mat,annet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan er din fysiske form/kondisjon:	_____	
Psykiske plager inkl. spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du tidligere operert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilken operasjon (tidspunktet)	_____	
Har du hatt narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har det vært noen problemer i forb. med sykehusopphold/operasjon/narkose/sedasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 flg.sykdommer/besvær:**

	<b>JA</b>	<b>NEI</b>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe/angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter ved anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ujevn hjerterytme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilyd på hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma/åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tung pust ved anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/drypp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lammelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kramper/epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulsott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodmangel/anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 OSLO PLASTIKKIRURGI ?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Gule sider – telefonkatalogen | <input type="checkbox"/> -Internett:  |
| <input type="checkbox"/> - Avisannonse-hvor:             | <input type="checkbox"/> - Gule sider |
| <input type="checkbox"/> - Venner og bekjente            | <input type="checkbox"/> - Yahoo      |
| <input type="checkbox"/> - Annet:                        | <input type="checkbox"/> - Google     |
|  | <input type="checkbox"/> - Kvasir     |

Sted/dato

Underskrift

-----

-----