

# St. OLAVS HOSPITAL HF

Dagkirurgisk enhet  
KIRURGISK AVDELING

Til deg som er vurdert for operasjon ved Kirurgisk dagkirurgi.

Husk å fylle ut  
baksiden.

**SKJEMAET SKAL RETURNERES SNAREST.**

**TIMEN ER IKKE DIN FØR VI HAR MOTTATT SKJEMAET I RETUR.**

**Returadresse:**

Kirurgisk Klinikk

v/Dagkirurgisk enhet

St. Olavs Hospital HF, 7006 TRONDHEIM.

Dersom du i mellomtiden er blitt frisk eller operert ved annet sykehus, ber vi om en tilbakemelding slik at vi kan stryke deg fra våre ventelister.

**Personopplysninger:**

<b>Etternavn:</b> ..... ....		<b>Fornavn:</b> ..... ...		<b>Mellomnavn:</b> ..... ...		<b>Fødselsnr:</b> ..... .			
Tel.privat / Mobil:		Tel. arb.:	Sivilstatus:		Yrke:		Statsborgerskap:		
Fast adresse:				Postnr.:		Poststed:			
Kommune:			Fylke:			Trygdekontor:			
<b>Midlertidig adresse:</b> c/o:						Fra dato:		Til dato:	
Adresse:				Postnr.:		Poststed:			
<b>Arbeidsgiver,navn:</b>					Tel.:		Fax:		
Adresse:				Postnr.:		Poststed:			
<b>Lege /helsesenter:</b>				Adresse:					
Postnr.:		Poststed:			Tel.:				
<b>Pårørende, Navn:</b>						Slektskap:			
Adresse:				Postnr.:		Poststed:			
Tel. privat:			Tel.arb.:			Mobiltelefon:			
Mener du det er spesielle forhold å ta hensyn til ved planlegging av operasjonstidspunkt?.									
Reisetid: Ankomst rutegående transport:									

**Helseopplysninger:**

1. Har sykdomstilstanden din endret seg etter at du kom på venteliste? Ja / nei

Dersom ja, på hvilken måte:

---

2. Har du noen gang reagert allergisk med kløe, utslett eller pustebesvær på:

Legemidler: Ja / nei      Pollen: Ja / nei      Matvarer / annet: Ja / nei

Dersom ja, angi nærmere:

---

3. Har du diabetes mellitus? Ja / nei

Dersom ja, blir du behandlet med: Tabletter / insulin / bare kostbehandlet? (strek under)

4. Blir du tungpusten ved anstrengelse? Ja / nei

5. Får du hevelse i føttene / ved anklene til kvelds? Ja / nei

6. Har du kjent hjerte- eller kar-sykdom, brystmerter ved anstrengelse? Ja / nei

I tilfelle, angi nærmere: \_\_\_\_\_

---

7. Har du kjent lungelidelse? Ja / nei

I tilfelle hvilken: \_\_\_\_\_

8. Har du annen sykdom som det må tas spesielt hensyn til eller som krever medikamentell behandling? Ja / Nei

I tilfelle hvilken: \_\_\_\_\_

9. Har du vært innlagt i sykehus      Ja / nei

Har du blitt operert?                      Ja / nei

Har du fått narkose?                      Ja / nei

Dersom du har svart ja på noen av spørsmålene, ønsker vi at du forteller når, hvor og hvorfor du lå i sykehus / ble operert / hadde narkose. \_\_\_\_\_

---

10. Har du vært innlagt eller fått dagkirurgisk behandling ved heleinstitusjon i **utlandet** i løpet av de siste 6 mnd. (untatt Sverige, Danmark, Finland, Island eller Nederland), vennligst ta kontakt med Dagkirurgen på tlf: 73869634 / 73869606

11. Noen problemer i forhold til sykehusopphold? \_\_\_\_\_

---

12. Vær vennlig å oppgi: Høyde: \_\_\_\_\_ Vekt: \_\_\_\_\_

13. Vennligst skriv opp alle medisiner du bruker og hvor mye (dosen).

**Det er svært viktig at du skriver opp dersom du bruker Marevan eller Albyl-E som "blodfortynnende" medisin.**

Navn og styrke på legemiddel:	Dosering:	Morgen	Middag	Kveld

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_