

PASIENTOPPLYSNINGSSKJEMA

Vi ønsker deg velkommen til St. Olavs Hospital, Kirurgisk Klinikk.
For å gjøre registreringen og journalskrivingen lettere når du legges inn,
ber vi deg fylle ut dette skjemaet og ta det med ved første oppmøte.

Navn: _____

Fødselsnummer: _____

Tidligere innlagt? Ja: Nei:

Fast lege: _____

Sivilstatus: _____

Telefon privat : _____ Telefon arbeid: _____ Mobiltlf: _____

Arbeidsgiver: Telefon: _____

Pårørende:

Navn: _____ Navn: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Tilknytning: _____ Tilknytning: _____

MEDISINER:

Bruker du medisiner fast, eller i perioder. Skriv navn; styrke (mg) og antall tabletter:

	Morgen	Middag	Kveld

MEDISINSKE SPØRSMÅL:

Har du andre sykdommer/ tidligere operasjoner:

ALLERGI:

Har du noen gang reagert allergisk (kløe, utslett, pusteproblem) på:

Medisiner :

Pollen:

Matvarer/annet:

Hvis ja, angi nærmere:

SMERTER:

Har du i løpet av den siste uken hatt smerter? (ring rundt)

Ingen

Svake

Moderate

Sterke

Svært sterke

SØNVANSKER:

Har du i løpet av siste uken hatt sønnavnsker? (ring rundt)

Ingen

Litt

Moderate

Store

Svært store

HJELPEMIDLER:

Bruker du hjelpemidler i forbindelse med sykdom? (ring rundt) JA / NEI

Hvilke hjelpemidler: _____

VANNLATING/AVFØRING:

Har du noe problemer med vannlating: (hyppig, lekkasje, nattlig vannlating...)

Har du noe problem med avføring:

ERNÆRING:

Spiser du vanlig mat? Spesialkost?

SYN/HØRSEL:

Har du nedsatt syn?

Nedsatt hørsel?

Trenger du hjelp til stell/spising: (ring rundt) JA / NEI

Hvis ja, angi nærmere: _____

ANNEN INFORMASJON:

Er det noe annet du ønsker å informere om?
