

Sjekkliste, HELSEINFORMASJON

Navn og etternavn:

Fødselsnummer (ikke personnummer):

Adresse:

DIAGNOSE(R)	JA ELLER NEI	KORT KOMMENTAR
Har du hatt hjerteinfarkt? Eventuelt når?		
Har du pacemaker?		
Har du hjertearytmier?		
Har du regulert hypertensjon?		
Har du hatt krampeanfall/epilepsi? Eventuelt når?		
Har du hatt blodpropp(trombose)- problematikk?		
Har du diabetes type 1 eller 2?		
Har du hatt hjerneslag? Eventuelt når?		
Har du feber?		
Har du medisinalallergier? Skriv i kommentar.		
Har du allergier? Klorvann? Mineralvann? Andre type allergier?		
Har du hatt alvorlige operasjon(er)? Eventuelt når?		

Har du eller har du hatt herpesinfeksjon? Eventuelt når?		
Har du aktiv hepatitt B? Når fikk du diagnosen? Er du under behandling?		
Har du aktiv hepatitt C? Når fikk du diagnosen? Er du under behandling?		
Har du andre aktive smittsomme sykdommer/infeksjoner?		
Har du/har du hatt kreft? Går du på behandling?		

HUSK: Ta med en oppdatert medisinliste fra din fastlege/sykehus.

Vennligst skriv ned dine **faste** medisiner eller medisiner som du tar **ofte ved behov**:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.