

OPLYSNINGSKEMA

Til brug ved undersøgelse hos speciallæge Ruth Kirkeby, Storegade 7, 6200 Åbenrå.

Formålet er at sikre dig bedst mulig behandling. Det er **vigtigt**, at alle punkter udfyldes så godt som muligt. Oplysningerne vil indgå i din journal og behandles fortroligt.

Navn:	Nuværende beskæftigelse:
CPR. nr.:	
Telefon privat/mobil:	Tidligere beskæftigelse:
Telefon arbejde:	
E-mail:	

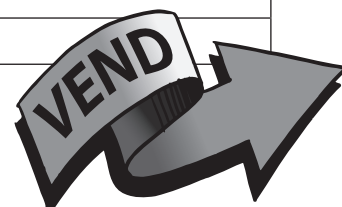
1. Beskrivelse af dine daglige gener og symptomer

2. Har du tendens til:	Hovedpine	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Smerter ved hjertet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Åndenød	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Kvalme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Mavesmerter	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Problemer ved vandladning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Problemer ved afføring	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Sovende fornemmelse i arme eller ben	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Lider du af klaustrofobi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Har du metal (skinner/splinter) i kroppen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Har du tidligere været CT/MR-scannet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

3. Har du tidligere været indlagt/behandlet på hospital/sygehus?

Hvis Ja – udfyld nedenstående skema, alle indlæggelser bedes oplyst.

Årstal	Sygehus	Hvilken sygdom og eventuelt behandling



4. Lider du af allergi eller anden overfølsomhed? Ja Nej
Hvis Ja – beskriv venligst nærmere.

5. Lider du af kroniske eller længerevarende sygdomme? Ja Nej
(Fx hjertesygdom, forhøjet blodtryk, bronkitis, lungesygdom, leversygdom, sukkersyge, ledsygdom, muskelsygdom) Hvis Ja – angiv hvilke.

6. Tager du medicin (tabletter, P-piller, øjendråber eller andet)? Ja Nej

Medicinnavn (fx Furix)	Dosis (fx 40 mg)	Antal pr. dag (fx 3 x dagligt)

7. Ryger du? Ja Nej
Hvis Ja – angiv hvor meget pr. dag _____

8. Drikker du alkohol dagligt? Ja Nej
Hvis Ja – angiv hvor meget pr. dag _____

9. Er der arvelige sygdomme i familien? Ja Nej

Vægt: _____ Højde: _____

Dato: _____ Underskrift: _____