

REGIONSTANDPLEJEN, AUH

SPØRGESKEMA

(Udfyldes med kuglepen)

Medbring venligst udfyldt spørgeskema til undersøgelsen

Navn _____

CPR _____ Stilling _____

Fastnet/Mobil _____ / _____

Nærmeste pårørende/telefon _____

Årsag til dit besøg i Kæbekirurgisk Afdeling _____

Højde: _____ Vægt: _____

For at give dig den bedste undersøgelse og behandling bedes du besvare følgende:

Lider du af kroniske/længerevarende sygdomme?

- Sukkersyge Hjertesygdom Astma/Bronkitis Lungesygdom
 Leversygdom Forhøjet blodtryk Stofskiftesygdom Epilepsi

Andet: _____

Har du tidligere været indlagt på hospitalet?

Hvornår Hvor Hvorfor

Bliver du tydeligt forpustet, når du går på trapper eller er ude i koldt vejr ja nej

Har du hoste og opspyt om morgenen ja nej

Lider du af hævede ben ja nej

Har du daglige smerter ved hjertet ja nej

Er du ryger ja nej Hvor meget ryger du dagligt _____

Drikker du alkohol ja nej Hvor mange genstande drikker du dagligt _____

Lider du af allergi eller anden overfølsomhed: ja nej Overfor hvad _____

Tager du dagligt medicin?

| Medicin-navn | Styrke (mg/ml) | Dosis (antal/gange dagligt) |
|--------------|----------------|-----------------------------|
|--------------|----------------|-----------------------------|

| | | |
|-------|--|--|
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Er du behandlet med:

- a) Steroider/binyrebarkhormon (Cortison, Prednisolon) ja nej
- b) Blodfortyndende præparater (Marevan, Brilique, Plavix, Hjertemagnyl) ja nej
- c) Knoglestyrkende præparater (Bisfosfanat, Alendronat, Zometa) ja nej
- d) Stråleterapi mod hoved eller hals ja nej

Har du tidligere været i helbedøvelse/narkose? ja nej

Var der nogen problemer med bedøvelsen ja nej

Hvilke problemer _____

Kender du til problemer med helbedøvelse ved slægtninge ja nej

Hvilke problemer _____

Må vi sende svar på undersøgelsen til egen læge/tandlæge ja nej

Må vi indhente oplysninger om tidligere behandlinger ja nej

| | | |
|----------------|-------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| CPR-nr. | Dato | Underskrift |