|  |  |
| --- | --- |
|  | Pårørende navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Slektskap:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Født dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  **Høyde:\_\_\_\_\_\_\_Vekt:\_\_\_\_\_\_\_NB! Viktig ift. bedøvelse!** |
| Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Postnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_ Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Personnr 11 siffer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fastlege:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Har du hatt Covid? Ja □ Nei □ Ute av isolasjon (dato): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nei | Ja |  | Nei | Ja |
| Har du allergi? (Ring rundt)  Legemidler Latex Annet  Dersom **Ja**, angi nærmere under utfyllende opplysninger. |  |  | Har du noen gang hatt problemer med narkose eller ryggbedøvelse (spinal, epidural)?  Hvis **Ja**, angi nærmere hvor og når det skjedde. Beskriv hendelsen under utfyllende opplysninger. |  |  |
| Har du høyt blodtrykk, blodtrykksbehandling? |  |  | Har du annen sykdom som det må tas spesielt hensyn til eller som krever medikamentell behandling? Hvis **Ja**, angi hvilken: | | |
| Har du hatt hjertestans? Har du hjerte/kar sykdom, f.eks. angina, brystsmerter, hjertesvikt, hjerteinfarkt, rytmeforstyrrelse, pacemaker, røykeben? |  |  |
| Har du hjertesykdom i familien?  Evt. hvilken? |  |  | Ammer du eller er du gravid? |  |  |
| Har du lungelidelse, astma, KOLS eller snorking med pustestopp? |  |  | Hva er ditt morsmål?  Kan du ha nytte av tolk? |  |  |
| Har du nyre- eller urinveissykdom? |  |  | Har du tidligere vært operert i Norge eller utlandet?  Årsak? Hvor? Når? | | |
| Har du lever-, galle- eller tarmsykdom? |  |  |
| Har du eller har du hatt sykdom i nervesystemet, hjerneslag, TIA, hjerneblødning, kramper eller epilepsi? |  |  |
| Har du reumatisk- gikt- eller muskelsykdom? |  |  |
| Har du problemer med nakken eller med å gape? |  |  | Har du vært til tannbehandling, blitt operert eller hatt opphold på institusjon i utlandet de siste 12 mnd.? |  |  |
| Har du sure oppstøt, reflukssykdom eller halsbrann? |  |  |
| Har du Diabetes Mellitus/sukkersyke? Hvis **Ja**, blir du behandlet med (sett ring rundt):  Insulin Tabletter Kost |  |  | Bor du sammen med noen som har fått påvist MRSA, VRE eller ESBL? |  |  |
| Har du psykiske lidelser, angst, depresjon eller fobier? |  |  | Annet/utfyllende opplysninger: | | |
| Misbruker du rusmidler? Evt. hva? |  |  |
| Har du sykdom som smitter? Tuberkulose, Hiv, Hepatitt eller annen? |  |  |
| Blør du lett eller uvanlig lenge ved små sår eller tannbehandling? |  |  | Dersom du bruker legemidler, hvilken type og dosering?  Dato: Sign.: | | |
| Blir du lett kvalm/reisesyk? |  |  |
| Røyker/snuser du? (Ring rundt) Hvor mye:  Sluttet år: |  |  |
| Har du tannkjøttsykdom eller løse/skadde tenner? Protese? |  |  |
| Har du tannregulering, tannsmykke eller piercing i munn? Høreapparat? |  |  |