

# Christiania Park klinikk

## Helseopplysninger

Navn:

Født:

Adresse:

Postnummer:

By:

Mobil nummer

Telefon nummer:

Epost:

**Hva kan vi gjøre for deg?**

Høyde:

Vekt:

Har du barn?

**Har du noe spørsmål, vær vennlig og skriv dem nederst eller ring oss på 22 55 35 31.**

**Kryss av**

**JA**

**NEI**

Konsultasjon hos oss tidligere?

Operert hos oss tidligere?

Hvis Ja for hva og når?

-----

Tåler du lokalbedøvelse?

Røyker du?

Får du lett infeksjoner?

Har du unormal arrdannelse

Noen allergier?

Blør du mer enn normalt?

**Bruker du medisiner?**

Hvis Ja ( for eks: naturlegemidler, mot smerter, P-piller)

Unormal reaksjon på medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uregelmessig puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovne ankler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvelige sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere relevante sykehusinnleggelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentarer?**

Sted og dato

-----

Underskrift

-----