

Egenerklæringen hjelper våre leger å vurdere om den operasjon/behandling De ønsker ved Privathospitalet kan utføres medisinsk forsvarlig. **Alle spørsmål må** besvares nøyaktig (se også baksiden).

Navn:..... Fødselsnr.(11 siffer)

Priv.adr og postnummer.:.....

Telefon privat / mobil / jobb:E-mail:

Sivil status:..... Yrke:.....

Arbeidsgiver:..... Adr:.....

Navn / adr. fast lege:

Nærmeste pårørende: Telefon pårørende:.....

Alder:år **Høyde:**cm **Vekt:** kg **Ved Plastikkirurgisk opr:** Antall barn: BH-størrelse

Har De eller har de noen gang hatt følgende tilstander:

Ja Nei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sukkersyke (diabetes mellitus)?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hjertesykdom (infarkt, høyt blodtrykk, høy kolesterol, uregelm. puls eller andre)?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Brystsmerter (angina pectoris) i hvile / ved anstrengelser?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mavesår eller sure oppstøt ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lungesykdom (astma, bronkitt, emfysem, lungebetennelse eller andre)?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Smittsom sykdom (hepatitt, HIV, eller andre)?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du vært innlagt på sykehus i utlandet siste 12 mnd?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Psykiske plager ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nyresykdommer ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har De hatt blodpropp ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Er du fysisk aktiv (dvs at blir du svett, andpusten og får hjertet til å slå raskt)?
Uansett svar , gi eksempler på fysisk aktivitet du har drevet med siste året og hvor hyppig: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Er De allergisk (overfølsom) for medisiner eller annet (dyr/pollen/eller lignende)?
Spesifiser/hvordan reagerer du?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SNU ARKET!

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Bruker De medisiner fast eller sporadisk (også Albyl E, P-piller, sovemedisin, smertestillende el.l.)?
Dersom ja, hvilken medisin, og i hvilke doser (skriv <i>nøyaktig</i> og eventuelt på eget ark). Før også opp vitaminer .
.....
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har De vært hos lunge-, hjertespesialist, mottatt medisinsk behandling el vært vært på sykehus tidligere?
Dersom ja, HVORFOR, HVOR og NÅR ? List opp alt! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har De fått narkose eller annen bedøvelse tidligere?
Dersom ja, HVORFOR, HVOR og NÅR ? List opp alt! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Har De hatt unormal reaksjon ved narkose eller lokalbedøvelse tidligere?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har De lett for å blitt kvalm etter narkose eller blir De lett bilsyk ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har De brukt kortison (steroider) produkter siste året?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har De hatt stort vekttap eller stor vektøkning siste året? (angi ant kg opp/ned) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har De blødningstendens , eller får De lett blå merker på huden uten at du slår deg?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Danner De stygge arr (keloid)? Dersom ja, beskriv: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Har De daglig alkoholforbruk eller bruker de andre rusmidler ? (angi mengde): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Røyker De ? Dersom ja, hvor mange sigaretter pr. dag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Har De røykt tidligere ? Dersom ja når sluttet De?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Er De gravid / kan De være gravid? Noter dato for siste menstr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ammer De?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Er det hjertesykdom, blodpropp, blødningstendens eller annen sykdomsopphopning i Deres familie ?
Dersom ja, beskriv:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Har De hatt sykdommer utenom det som er nevnt ovenfor?
Dersom ja, hvilke(n) sykdom(mer) var dette og <u>når</u> hadde De dem?.....
.....
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Har De andre helseopplysninger? Dersom ja, angi hvilke opplysninger (bruk gjerne eget ark): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Beskriv kort med Deres egne ord Deres ønsker med operasjonen | | |
| 31. Plass for notater/kommentarer/ utfyllende opplysninger : | | |
| 32. Hvordan kom du i kontakt med oss:: Henvisning <input type="checkbox"/> Venner/bekjente <input type="checkbox"/> Internett <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Annet..... | | |

Jeg bekrefter at alle opplysninger jeg har gitt er **korrekte** og at feilaktige eller mangelfulle opplysninger kan medføre komplikasjoner så vel ved operasjonen som etter behandlingen.

Dato.....Underskrift pasient (må fylles ut)

For Kirurg: Opr: Dato..... For Anestesi: ASA: Anestesi: