

Oplysningseskema

Vi beder dig udfylde dette oplysningseskema og **medbringe** det til konsultationen i Reumatologisk Speciallægeklinik, Skanderborg.

Navn: _____ **CPR nr.:** _____

Hvor høj er du? _____ **cm.** **Hvad vejer du?** _____ **kg.**

Er du er allergisk/overfølsom overfor lægemidler? Hvis ja, skriv hvilke lægemidler og hvordan du reagerer?

Sygdom i familien. Har du familiemedlemmer, som har gigtsygdom, muskelsygdom, tarmsygdom eller psoriasis?

Familiemedlem (mor, bror, kusine etc.)	Sygdom

Tidligere sygdomme: Anfør her sygdomme, som du tidligere er blevet behandlet for eller fortsat er i behandling for. Fortsæt evt. på bagsiden.

Årstal	Sygdom

Hvilke symptomer er årsag til henvisning hertil?

Beskriv kort symptomerne (F.eks. ledsmerter / ledhævelse, hvor, hvornår og hvordan). Nævn det væsentligste symptom først.

Lider du af følgende? Sæt kryds hvis ja.

<input type="checkbox"/> Hjertesygdom	<input type="checkbox"/> Feber
<input type="checkbox"/> Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/> Vægttab
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tørre slimhinder f.eks. øjne/mund
<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Luftvejs / lunge symptomer
<input type="checkbox"/> Stofskiftesygdom	<input type="checkbox"/> Mave-tarm problemer
<input type="checkbox"/> Psykiske problemer	<input type="checkbox"/> Vandladnings- underlivsproblemer
<input type="checkbox"/> Andet	<input type="checkbox"/> Hudsymptomer

Ryger du, eller har du tidligere røget? Hvis ja, hvor meget og hvor længe har du røget?

Dagligt _____ cigaretter fra _____ til _____

Alkohol. Angiv ca. antal genstande pr. uge _____

Tager du medicin? Hvis ja, noter det i skemaet.

Noter både receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin og naturmedicin.
(tabletter, spray, salve, inhalation, øjendråber, plaster eller andet)

Fast medicin:

Præparat	Styrke	Morgen	Middag	Aften	Nat

Ved behov:

Præparat	Styrke	Hvor hyppigt

Sociale forhold:

Hvad er dit arbejde? _____

Er du sygemeldt? _____ siden hvornår? _____

Er du ledig? _____

Er du under uddannelse? _____ hvilken? _____

Antal voksne i husstanden? _____

Antal hjemmeboende børn? _____

Samtykke:

Jeg giver hermed tilladelse til at Reumatologisk Speciallægeklinik indhenter relevante data fra praktiserende læge, speciallæger, sygehus ell. mhp. belysning af tilstanden samt tilladelse til at sende kopi af journalnotat til min egen læge og til afdelinger, der evt. henvises videre til.

Dato og underskrift: _____