

Patientupplysningsschema

Namn:	
Svensk personnummer:	Dansk erstatningsnummer:
Längd (cm):	Vikt (kg):
Telefon/mobil nr.:	Mail adresse:
Anhörig:	Anhörig Mobil:
OVERFØLSOMHED/ALLERGI:	
Har du överkänslighet eller allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tål du Latex? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Läkemedel allergi:	Annan allergi:
Livsmedel allergi:	
BEDØVELSE/BEDÖVNING:	
Har du tidigare fått full bedövning/anestesi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare fått ryggbedövning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare haft problem i samband med bedövning eller operation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>Evt. kommentarer i förhållande till ovanstående:</i>	
TIDIGARE INNELIGGANDE OCH OPERATIONER PÅ SJUKHUS:	
Har du tidigare blivit behandlat på sjukhus i Danmark eller i utlandet? - om ja: När/var?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

HÄLSOMÄSSIGA UPPLYSNINGAR:	
Lider du eller har du lidit av följande sjukdomar:	
Bröstsmärtor, Angina	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blodpropp i hjärtet, (AMI)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hjärtrusning, oregelbunden hjärterytm eller annan hjärtsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blodpropp ett annat ställe i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blir du Andfådd om natten eller vid lätt ansträngning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Förhöjd blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Halsbränna eller sura uppstötningar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lungsjukdom (astma, kronisk hosta, kronisk bronkitis eller "stora lungor")?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sockersjuka eller Ämnesomsättnings-sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hjärnblödning eller epilepsi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blödarsjukdom eller riklig blödning vid operation eller tandbehandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Andra sjukdomar, härunder ärftliga sjukdomar- om ja, vilka?:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>Kommentarer i förhållande till ovanstående:</i>	

Hälsupplysningar - FORTSATT		
Namn:		
Personnummer:		
MRSA (Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus)		
Har du tidigare fått påvisat MRSA ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång under de senaste 6 mdr. varit i längrevarande kontakt med en MRSA positiv person eller har du upphållit dig på institution eller hospitalsavdelning med MRSA utbrott?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du eller medlemmarna i ditt hushåll någon gång under de senaste 6 mdr. varit i daglig kontakt med levande grisar eller mink?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du, någon gång under de senaste 6 mdr. mottagit behandling i utlandet (utanför Norden) på sjukhus, klinik eller liknande?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång under de senaste 6 mdr. bott i asylcenter, eller stannat under dåliga hygieniska förhållanden (krigszoner, flyktingläger, barnhem, etc) arbetat på sjukhus, vårdhem, institution, klinik ell. liknande i utlandet (utanför Norden)? Om du svaret " JA " på ett av frågorna kring MRSA, ombedjas du kontakta os på telefon: +46 770 79 18 16 eller +45 32 18 66 60		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
ÖVRIGA FRÅGOR:		
Rökning (kryss i):	Icke rökare <input type="checkbox"/>	Slutat <input type="checkbox"/> När? _____
	Röker:	Hur mycket pr. dag? _____
Alkohol		
Har du veckovist alkoholintag?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hur mycket pr. Vecka: _____		
Godkänner du at ta emot blodprodukter, ifall det bedöms absolut nödvändigt ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
För kvinnor: Är du gravid?	Vecka: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du behöver operation, accepterar du då, att du inte får köra bil eller betjäna "farliga" maskiner, innan du är helt frisk och tidigast dagen efter operationen?		<input type="checkbox"/> Ja
Om du skall opereras i dagkirurgisk regi: Har du en vuxen, som kan följa dig hem och stanna hos dig till dagen efter operationen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Socialt:		
Vad är ditt arbete?		
Är du gift/sambo/ensamstående?		Hur många barn har du?
Supplerande upplysningar som kan vara relevanta i förhållande till din behandling eller operation:		
PATIENTENS UNDERSKRIFT		
Dato: 2020-04-19	Underskrift:	
UDFYLDES AF LÆGEN/SPL:		
BT / puls:	St. c. et p.:	SPO2: %
Evt. supplerande upplysningar:		
LÆGENS UNDERSKRIFT:		

Medicinopplysningschema

Av hensyn till din sikkerhet og kvaliteten av din behandling ber vi dig ange all din nuvarande medicinering i schemat nedan. Ange såväl receptbelagd - som receptfri medicin.

Uppgifterna används av läkare og sköterskor för att säkra, att du får korrekt medicinering i samband med din operation.

Det är viktigt, att du fyller i schemat så exakt som möjligt. Ta även med dig din vanliga medicin till Sjukhuset. Vid frågor ber vi dig kontakta din vårdcentral om du behöver hjälp med att fylla i schemat.

Fyllas i av patienten:										
Namn:					Erstatningsnummer:					
Svensk Personnr:										
Jag använder ingen medicin <input type="checkbox"/>					Jag använder medicin som angivet nedan <input type="checkbox"/>					
Preparatnamn (här skriver du handels- eller preparatnamnet eller det kemiska innehållsämnet)	Styrka (Här anges innehållet av det eller de aktiva läkemedel i varje tablett eller kapsel, för exempel 500 mg., eller 40 mg/ml)	Antal tabletter					Udfyldes ved indlæggel.			
		Morgon	Middeag	Kväll	Natt	Vid behov	Pauserat från	Ateruptas från	Adm. Af afdelingen	Plan

Jag intygar härmed, att ovanstående medicinlista är fullständig og täckande för min aktuella medicinförbrukning.

Samtidigt är jag oppmærksom på, att jag vid ev. ændring av detta, skall ge Sjukhuset besked, eftersom dette kan ha væsentlig betydning for min behandling.

Med min underskrift ger jag mitt samtykke till at min nuvarande medicinering fortsættas under min inlæggning, samt att ev. annan medicin i samband med min operation samt medicin i efterførløppet kan insættas av Sjukhuset.

Underskrift

søndag 19 april 2020

Datum

Udfyldes af sygeplejersken ved indlæggelsen:		
Patienten selvadministrerer sin medbragte medicin:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Underskrift/initialer
Der er foretaget medicinafstemning ved indlæggelsen:	<input type="checkbox"/> Ja	Underskrift/initialer