

Navn:	CPR:
--------------	-------------

Har du allergi overfor noget medicin?	Ja, hvilken? Reaktion?	Nej
---------------------------------------	------------------------	-----

Tidligere indlæggelser?	Ja	Nej
Årstal - Hvornår	Hvor - Hospital	Årsag til indlæggelsen

Er du kendt med eller har haft:	Ja	Nej
Sukkersyge	Ja	Nej
Forhøjet blodtryk	Ja	Nej
Hjerte-, lunge- eller mavesygdomme	Ja	Nej
Hudsygdomme	Ja	Nej
Psykiske sygdomme	Ja	Nej
Andre væsentlige sygdomme? Beskriv kort:		

Tager du noget medicin?	Ja	Nej
Medicinens navn	Styrke (f.eks. mg)	Dosis (antal per dag)

Fortsat evt. på bagsiden af dette ark.

Tobak per dag	Alkohol/genst. per uge	Højde	Vægt
Arbejde	Sygemelding? Dato	Motion/træning	

Samtykkeerklæring: Jeg er indforstået med, at Holte Reumatologisk Klinik kan indhente relevante oplysninger fra sundhed.dk, FMK (Fælles Medicinkort), andre læger/hospitaler og kan sende kopi af notater til egen læge og evt. andre læger/hospitaler, hvis det vurderes relevant for min sygdom

TAK for hjælpen, Holte Reumatologisk Klinik

Ja	Nej	Dato	Underskrift
----	-----	------	-------------