

HELSESKJEMA

For å kunne gi deg som pasient forsvarlig og best mulig behandling, må vi ta hensyn til din generelle helsetilstand.

1. GENERELL HELSE

Kryss av dersom du har eller har hatt en eller flere av følgende:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Benskjørhet | <input type="checkbox"/> Høyt eller lavt blodtrykk |
| <input type="checkbox"/> Blødersykdom | <input type="checkbox"/> Kreft, type: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lunge- eller pusteproblemer |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt | <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjerteproblemer | <input type="checkbox"/> Annet: _____ |

Er du for tiden under behandling eller kontroll hos lege? Ja Nei

Er du gravid? Ja Nei

Røyker eller snuser du? Ja Nei

2. MEDISINBRUK

Bruker du noen medisiner? Ja Nei

Hvilke?

3. MEDISINSK BEHANDLING

Har du hatt blødning som er vanskelig å stoppe? Ja Nei

Har du reagert unormalt ved bedøvelse? Ja Nei

Har du blitt operert med innsetting av kunstige hjerteklaffer eller andre kunstige deler i kroppen? Ja Nei

4. ALLERGIER

Har du noen allergier. Sett kryss.

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Matvarer | <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse |
| <input type="checkbox"/> Nikkel | <input type="checkbox"/> Lateks | <input type="checkbox"/> Dyr | <input type="checkbox"/> Annet: _____ |

Er det andre forhold ved din helse-/livssituasjon vi bør vite om? Ja Nei

Dato	Sted	Signatur

SAMTYKKESKJEMA FOR PASIENTER, TANNHELSE ROGALAND

Det kan bli ønskelig å nytte anonymiserte røntgenbilder, fotografier eller film fra deler av behandlingen til andre formål som å kvalitetssikre behandlingsrutiner eller til bruk i undervisning. Du vil i så fall bli gjort oppmerksom på dette. Røntgenbilder, fotografier og film er en del av pasientjournalen og behandles etter Forskrift om pasientjournal i likhet med resten av journalen. Du har rett til å trekke tilbake samtykket når som helst uten at dette påvirker din øvrige behandling.

1. INFORMASJON OM PASIENTEN

Fødselsnummer	
For- og mellomnavn	
Etternavn	
Foresatt/pårørende	
Adresse	
Postnummer/-sted	
Telefon	

2. EGET SAMTYKKE

Jeg gir samtykke til at anonymiserte røntgenbilder, fotografier og filmopptak kan benyttes som beskrevet (sett kryss):

Ja Nei

Dato	Sted	Signatur

3. DERSOM MINDREÅRIG ELLER UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE

Når det gjelder barn under 16 år eller andre uten samtykkekompetanse vil det som hovedregel være foreldre, andre med foreldreansvar eller verge som vil kunne samtykke på vegne av barnet/personen.

Jeg gir samtykke til at anonymiserte røntgenbilder, fotografier og filmopptak kan benyttes som beskrevet (sett kryss):

Ja Nei

Rolle	Navn	Fødselsnummer (11 siffer)

Dato	Sted	Signatur