

# HELSEOPPLYSNINGER. For nye pasienter/besøkende Nr \_\_\_\_\_

Okt. 2013

Navn \_\_\_\_\_ Født \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Postnr/sted \_\_\_\_\_ Epost \_\_\_\_\_

Tlf priv \_\_\_\_\_ Arb. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Yrke \_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende; \_\_\_\_\_

(ektefelle/samboer, sønn/datter etc) Navn og tlf.nr

Søker behandling for: .....

Tidligere behandling for nåværende sykdom/plage; Lege  Fysioterapi  Sykehus   
Kiropraktikk  Akupunktur  Homøopati  Soneterapi  Annet

## Nåværende sykdommer:

Tuberkulose  Kreft  Diabetes  Epilepsi  Stoffskifte/hormonelle lidelser  Smittsomme sykd.

Allergier  Andre  .....

Legemidler du bruker nå: Cellegift  Cortison  Betablokkere  P-pille  Østrogen/thyroxin

Beroligende/oppkvikkende midler  Andre:

Tidligere sykdommer: .....

Legemidler du har brukt tidligere: Cytostatica (cellegift)  Cortison  P-pille  Vaksiner

Østrogen/thyroxin  Beroligende/oppkvikkende midler  Andre: .....

Tidligere operasjon(er): ..... Når utført: .....

Finnes det fremmedlegemer i kroppen: Kunstige ledd  Nagler  Pacemaker  Spiral  Silikon

Andre: Er du gravid: Ja  Nei

## Generelle opplysninger:

Du må ikke: - slutte eller unnlate å oppsøke lege.

- slutte med viktige medisiner forordnet av lege uten i samråd med legen.

Oppsatte timer må avbestilles senest virkedagen før, ellers må timen betales fullt ut av pasienten.

Hvordan fikk du kjennskap til oss? Var dette via/gjennom: Bekjente  Gule sider  Ditt distrikt

Lokalveiviseren  Internett  Andre:

Evt. innsynsrett i journal / behandling har;

Ovenstående er gjennomlest og skjemaet er riktig utfyllt

For mindreårige signerer minst en av foreldre/foresatte:  
(Den helserettslige myndighetsalder er normalt 16 år.)

Sted og dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

**Jeg samtykker herved i at det opprettes journal med personopplysninger for meg.**

**Terapeuter tilsluttet NNH plikter å føre pasientjournal, forholde seg til organisasjonens etiske regler og de til enhver tid gjeldende norske lover med forskrifter.**

