

## Oplysningskema

<b>Navn</b>	<b>CPR</b>
<b>Adresse</b>	
<b>E-mail</b>	<b>Mobil</b>
<b>Erhverv/uddannelse</b>	
<b>Din læge &amp; adresse</b>	
<b>Højde</b> _____ cm	<b>Vægt</b> _____ kg
<b>Er du gravid?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja, uge: _____ + _____ dage	
<b>Ryger du?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja: ca. _____ / dagen	<b>Hvor mange genstande drikker du om ugen?</b> _____ / ugen
<b>Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Vedrører dit problem en skadessag?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

## Helbredsskema

**Har du eller har du haft:**

Allergi /overfølsomhed?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Knogleskørhed (osteoporose)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hudsygdomme?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Blodsygdomme	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Leddegigtssygdomme (ikke slidgigt)?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Neurologiske sygdomme?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hjerte/kar problemer	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Mave / tarm problemer?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Øre-, næse-, halsproblemer?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vandladnings- / afføringsproblemer?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungeproblemer?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Urinvejs- eller underlivsproblemer	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Sukkersyge eller stofskiftesygdomme	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Kræft	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
		Psykiske problemer?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Skriv dine tidligere operationer her:**

**Skriv hvilken medicin du tager i øjeblikket:**

<b>Dato</b>	<b>Underskrift</b>
-------------	--------------------