

Speciallægeerklæring
Patient oplysningskema

Navn:

CPR-nr:

Jeg giver hermed tilladelse til at klinikken må videresende oplysninger til egen læge og andre relevante fagpersoner
Ja ___ Nej ___

Jeg tillader, at klinikken indhenter sundhedsfaglige oplysninger via FMK og e-journal (ex. indlæggelser, scanningsvar, blodprøvesvar, neurofysiologiske undersøgelser), der er relevante for det aktuelle forløb. Ja ___ Nej ___

Har du allergi overfor medicin? Hvilken?

Tidligere indlæggelser: hvornår, hvor og hvorfor?

Er der arvelige sygdomme i familien?

Ryger du? Hvor meget?

Alkohol forbrug, antal genstande pr. uge.

Hvilken medicin anvender du?

Præparatnavn	Styrke	Morgen	Middag	Aften	Nat	Efter behov

Hjerne- og Nerveklinikken ApS

Tidligere længerevarende hovedpine:

Ja ____ Hvornår? _____

Nej ____

Tidligere ryg eller nakkesmerter:

Ja ____ Hvornår? _____

Nej ____

Hvilke symptomer generer dig mest ved din nuværende tilstand?

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Hvordan påvirker dine symptomer din dagligdag og dit arbejdsliv?

Hvad er din højeste skoleuddannelse og evt. videreuddannelse?

Hvilke ansættelser har du haft (angivet med årstal)?

Dato

Underskrift

Hjerne- og Nervekliniken ApS

Tlf.: 75834224
kontakt@hjerneklubnik.dk

Borgvold 14 B, 1.sal
7100 Vejle

www.hjerneklubnik.dk
CVR:39082071