**OPLYSNINGARK TIL NEUROLOGEN**

Nedenstående oplysninger er fortrolige. Det er vigtigt, at oplysningsskemaet medbringes i udfyldt stand, da oplysningerne danner baggrund for forundersøgelsen hos neurolog Sandra Dalboni Hansen.

Cpr. nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giver du tilladelse til at modtage fx undersøgelsessvar fra klinikken via e-boks? □ Ja □ Nej

**Henvisningsårsag** (sæt kryds):

□ Hovedpine □ Svimmelhed □ Føleforstyrrelser □ Anfald

□ Ufrivillige bevægelser □ Hukommelsesbesvær □ Gangbesvær

Andet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sygdomme/arvelige sygdomme i nærmeste familie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergier over for lægemidler**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tidligere indlæggelser/operationer:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hvornår** | **Hvor** | **Sygdom/operation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kroniske sygdomme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sygdom** | **Sygdommens start (årstal)** | **Ansvarlige læge (egen læge, speciallæge, hospitalsafdeling)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Tobaksforbrug per dag:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Alkohol** (antal genstande per uge): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vægt** (i kg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Højde** (i cm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sociale oplysninger** (sæt kryds):

□ Gift/Samboende □ Enlig

Børn: Antal: \_\_\_\_\_\_\_\_ □ Hjemmeboende □ Udeboende

□ Er du i arbejde □ Fleksjob □ Ledig □ Pensionist □ Sygemeldt

□ Under uddannelse som: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bolig:

□ Hus □ Lejlighed

**ØVRIGT**

Det er muligt, at du ifm. forundersøgelsen tilbydes en MR-scanning.

**Lider du af klaustrofobi?**

□ Ja □ Nej

**Har du noget metal i kroppen** (fx skruer efter tidligere operation/bøjle/piercinger)**?**

□ Ja □ Nej

Hvis ja, hvilken form for metal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Er du gravid?**

□ Ja □ Nej

**Har du en pacemaker?**

□ Ja □ Nej

**Medicin** :