

# Patient oplysningsskema

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 fra 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

Dato

Underskrift

**Hjerne- og Nerveklinikken ApS**

Tlf.: 75834224  
kontakt@hjerneklunik.dk

Borgvold 14 B, 1.sal  
7100 Vejle

[www.hjerneklunik.dk](http://www.hjerneklunik.dk)  
CVR:39082071