|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn: |  | | | Cpr.nr.: |  | | |
| Email: |  | | | Mobil nr.: |  | | |
|  | | | | | | | |
| **Allergier** | | | | | | Ja | Nej |
| Har du allergi overfor noget medicin? | | |  | | |  |  |
| Hvis ja, hvilken reaktion? | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Information om problemstillingen som reumatologen skal vurdere** | | | | | | Ja | Nej |
| Hvor på kroppen er problemet?  (KUN det specifikke problem du er henvist til reumatolog med)! | | | Hvornår opstod problemet? (dato) | | |  |  |
| Får du eller har du fået medicin for problemet? | | |  |  |
| Har du været til en behandler? (fysioterapeut el lignende) | | |  |  |
| Har du fået taget røntgen, ultralyd, MR scanning? | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| **Tidligere indlæggelser** | | | | | | | |
| Hvornår (årstal)? | |  | | | | | |
| Hvor (hospital)? | |  | | | | | |
| Årsag til indlæggelse? | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Diverse sygdomme** | | | | | | Ja | Nej |
| Er du kendt med eller har haft?  Hvis ja, hvilke: | | | Sukkersyge | | |  |  |
| Forhøjet blodtryk/hjerte/lunge | | |  |  |
| Cancer (også tidligere) | | |  |  |
| Mavetarm/nyre sygdomme | | |  |  |
| Hudsygdomme | | |  |  |
| Psykiske sygdomme | | |  |  |
| Andre væsentlige sygdomme | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| **Medicin** | | | | | | Ja | Nej |
| Tager du medicin nu? | | |  | | |  |  |
| Medicin navn: | | |  | | |  |  |
| Styrke (f.eks. mg.): | | |  | | |  |  |
| Dosis (antal pr. dag): | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| **Øvrige oplysninger** | | | | | | | |
| Tobak pr. dag: | | |  | | |  |  |
| Alkohol genstande pr. uge: | | |  | | |  |  |
| Højde: | | |  | | |  |  |
| Vægt: | | |  | | |  |  |
| Dit erhverv: | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | Ja | Nej |
| Sygemelding (Hvis ja, fra dato): | | |  | | |  |  |

***Samtykkeerklæring:*** Jeg er indforstået med, at speciallæge Lillan Tobin kan indhente relevante oplysninger fra Sundhed.dk, FMK (Fælles Medicin Kort), andre læger/hospitaler og kan sende kopi af notater til egen læge og evt. Andre læger/hospitaler, hvis det vurderes relevant for min sygdom:

–

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Ja | Nej |
| Dato: |  |  |  |

**BEMÆRK**

*Konsultationen hos speciallægen omhandler* ***kun*** *det emne som din praktiserende læge har henvist dig med til speciallæge.*

*Du kan se din henvisning til speciallæge på ”Sundhed.dk”.*

*Ved konsultationen skriver speciallægen en journal ud fra en* ***lægelig struktureret samtale****.*

*Derefter undersøger speciallægen dig relevant for problemstillingen og laver en plan for evt. yderligere undersøgelser og behandling.*