

*Private fysioterapeuter med driftsavtale Østre Toten Kommune*

**HELSESKJEMA FYSIOTERAPEUTER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personopplysninger** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fornavn: | | | | | Personnummer | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Etternavn: | | | | | Telefon privat: | | | | | | | Mobil: | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | Postnummer: | | | | | | | Sted: | | | | | | | | |
| Epost: | | | | | | | | | | | | Telefon jobb: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidsgiver: | | | | | | Stilling: | | | | | | | | | | | | | | |
| Fastlegekontor: | | | | | | Fastlege: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medisinske opplysninger (kryss av)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beinbrudd |  | | Reumatisk sykdom | | | |  | | | Parkinsons | | | | | | | |  | | |
| Blødersykdom |  | | Leversykdom | | | |  | | | Røyker | | | | | | | |  | | |
| Gravid |  | | Lungesykdom | | | |  | | | Spiseforstyrrelser | | | | | | | |  | | |
| Hjerneblødning |  | | Metall i kroppen | | | |  | | | Stoffskifte | | | | | | | |  | | |
| Hjerte/karsykdommer |  | | Migrene | | | |  | | | Vekttap | | | | | | | |  | | |
| Høyt blodtrykk |  | | Multiple Sklerose | | | |  | | | Diabetes | | | | | | | |  | | |
| Epilepsi |  | | Psykiske problemer | | | |  | | | Type 1  Type 2 | | | | | | | |  | | |
| Kreft |  | | Pacemaker | | | |  | | | Alkoholproblem | | | | | | | |  | | |
| Utfordring med vannlating |  | | Utfordring med matlyst | | | |  | | | Utfordring med avføring | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Annet** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sykdomsdetaljer/andre opplysninger (bruk baksiden av arket ved behov) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operasjoner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medikamentbruk (preparat/ dose) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tidligere røntgenundersøkelser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vurdering av min helsetilstand  God  Middels  Dårlig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Går du til annen behandling nå eller har gått til annen behandling i løpet av de siste 2 årene?  Ja  Nei | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeg gir samtykke til utveksling av helseopplysninger med fastlege. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sted: | | Dato: | | Pasientens underskrift: | | | | | | | | | | | | | | | | |