

*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 helsetilstandGod [ ]  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: |