

Oplysningsskema og samtykkeerklæring

Navn: _____

CPR nr.: _____

Telefon (mobil): _____ e-mail: _____

Helbredsoplysninger

Hvad er årsagen til din henvisning (symptomer, varighed)?

Har du tidligere været indlagt eller lider du af kroniske sygdomme (årstal og diagnose)

Lider du af allergi?

Ryger du? Nej _____ Ja _____ Hvis ja, hvor meget (antal/dag) _____

Alkoholforbrug (genstande pr uge): _____

Højde _____ cm Vægt _____ kg

Har du metal i kroppen (fx pacemaker, ledproteser) _____

Lider du af klaustrofobi? Ja _____ Nej _____

Samtykkeerklæring

Jeg giver hermed samtykke til, at speciallæge Søren Due Andersen, Neurologisk Klinik Aalborg, i forbindelse med min behandling på klinikken, kan indhente og videregive helbredsoplysninger fra/til relevante samarbejdspartnere, herunder egen læge, sundhed.dk og FMK.

Klinikkens fulde privatlivspolitik kan findes på www.neurologiskklinikaalborg.dk eller i klinikken.

Samtykke Ja _____ Nej _____

Dato _____ Underskrift _____