**Informasjon om mine helseopplysninger**

I mange tilfeller er helseinformasjon spredt hos ulikt helsepersonell og denne helseprofilen kan spare viktig tid ved at viktig helseinformasjon om deg er samlet på ett sted. Dette skjemaet kan hjelpe deg å holde orden på dine helseopplysninger.

Du velger selv om og hvordan du vil benytte skjemaet, og må selv ta standpunkt til hvordan dine opplysninger skal lagres og eventuelt være tilgjengelig i tilfelle en nødsituasjon.

Det kan også være lurt å samle alle dine øvrige journaldokumenter, mottatte prøvesvar, beskrivelser osv i for eksempel en perm som du kan ta med ved konsultasjoner i helsetjenesten.

Dette skjemaet kan lastes ned fra vår hjemmeside på lenken XXX

**1. Personalia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn | | Dato for utfylling |
| Adresse | Postnummer | Sted |
| Telefon | Mobil | |
| Fødselsdato | Blodtype | |

**2. Mine pårørende – hvem skal varsles hvis det skjer noe med meg**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn |  | Navn |
| Relasjon |  | Relasjon |
| Adresse |  | Adresse |
| Postnummer |  | Postnummer |
| Sted |  | Sted |
| Telefon |  | Telefon |
| Mobil |  | Mobil |

**3. Mine sykdommer**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**4. Mine medikamenter**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikamentets navn | Dosering | Ganger pr døgn | Lege | Telefon | Avsluttet dato |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**5. Mine allergier**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. Særskilte behov**

|  |  |
| --- | --- |
| Forflytning |  |
| Syn / hørsel |  |
| Kommunikasjon |  |
| Annet |  |

**7. Mine vaksiner**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Dato gitt |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8. Kontaktinformasjon helsepersonell**

|  |  |
| --- | --- |
| Primærlege / fastlege | Telefon |
| Tannlege | Telefon |
| Annet | Telefon |
| Annet | Telefon |
| Annet | Telefon |

**9. Mitt sykehus**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Telefon |

**10. Mine helseforsikringer**

|  |  |
| --- | --- |
| Selskap | Telefon |
| Polisenummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Selskap | Telefon |
| Polisenummer |  |

**13. Medisinsk utstyr** (proteser, ventilasjonsstøtte, pacemaker, forflytningshjelpemidler, insulin pumpe, høreapparat, etc)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Utstyr | Merke | Leverandør | Dato for anskaffelse /  siste service |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**14. Endringshistorikk – dato for endringer**

|  |  |
| --- | --- |
| Dato | Endring |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |