



CPR NR: _____

Kontaktoplysninger til nærmeste pårørende eller venner under op- hold på Montebello

For at sikre at vi kan skabe kontakt til dine på-
rørende eller anden nær kontaktperson, vil vi
gerne bede dig om følgende oplysninger:

Dit navn: _____

Dit telefonnr.: _____

Din e-mail: _____

1. kontaktperson

Navn: _____

Relation: _____

Adresse: _____

Postnummer og by: _____

Telefon (mobil): _____

CPR NR: _____

2. kontaktperson

Navn: _____

Relation: _____

Adresse: _____

Postnummer og by: _____

Telefon: _____

Oplysningskema i forbindelse med indlæggelse på Montebello

I forbindelse med din genoptræning bedes du udfylde og medbringe dette skema i din håndbagage.

Oplysningerne vil indgå i journalen, og de vil blive behandlet fortroligt

Skemaet skal afleveres i receptionen, når du ankommer til Montebello

Navn: _____

Mobiltelefonnr: _____

CPR NR: _____

Har du indenfor de sidste 5 år været indlagt/behandlet på hospital?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis ja, skriv venligst årstal, sygehus og diagnose

Lider du af allergi eller overfølsomhed/intolerance overfor medicin, madvarer eller andet?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis ja, beskriv hvilket stof du er allergisk overfor, og hvilke symptomer du får

Tager du medicin? (Tabletter, spray, indsprøjtninger, dråber, naturmiddel, m.v.)

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

-hvis JA – medbring venligst medicinen i original emballage samt aktuel medicinliste.

CPR NR: _____

Har du tidligere fået påvist Covid 19?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du tidligere fået påvist MRSA?

(bakterier som ikke er følsomme for almindelige typer antibiotika)

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Er der personer med MRSA-bakterier hvor du bor eller har været?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du været indlagt i udlandet indenfor de seneste 6 måneder

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Er du bærer af multiresistente bakterier

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du nogen smitsomme sygdomme?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Bruger du hjælpemidler i hverdagen eks. skohorn, skråpude etc.?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA hvilke? _____

Har du behov for hjælp under indlæggelsen eks. hårvask, støttestrømper etc.?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA hvad? _____

CPR NR: _____

Har du eller har du haft sygdomme i hjernen?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA hvilken? _____

Har du eller har du haft hukommelses- eller koncentrationsbesvær

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA, beskriv _____

Har du sukkersyge?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA tabletbehandlet? _____ insulinbehandlet? _____ kostreguleret? _____

Har du haft kramper eller epileptiske anfald?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du eller har du haft lungesygdomme?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA hvilken? _____

Har du eller har du haft sygdomme i hjertet?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Blodprop i hjertet (sæt kryds)

Rytmeforstyrrelser i hjertet (sæt kryds)

Pacemaker (sæt kryds)

Kunstig hjerteklap (sæt kryds)

Hvilken type _____

Brystsmerter (sæt kryds)

Hævede ben (sæt kryds)

CPR NR: _____

Har du sår, fodvorter, fodsavamp eller eksem?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du tendens til forstoppelse?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du vandladningsproblemer eller nyresygdom?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Din højde: _____ cm. Din vægt: _____ kg

Har du spist normalt den sidste uge?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du problemer i forhold til at spise/tygge maden?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Hvis ja, beskriv _____

Hvor meget væske drikker du dagligt? (Vand, juice, mælk, sodavand):
_____ liter

Ryger du dagligt

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

-hvis JA hvor meget dagligt? _____

Drikker du alkohol

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

- hvis JA hvor meget ugentligt? _____

CPR NR: _____

Har du tidligere haft et overforbrug af alkohol?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Boligforhold, beskriv _____

Er det problematisk?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du netværk til at støtte dig i din hverdag?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Bor du alene?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du god kontakt til pårørende?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Har du hjælp fra hjemmeplejen?

Ja (sæt kryds) Nej (sæt kryds)

Andet vi bør vide:

Dato _____

Underskrift _____