

HELBREDSOPLYSNINGER

Velkommen til PrivatHospitalet Danmark.

Vi beder dig om at læse og udfylde dette skema. Skemaet bedes afleveret udfyldt til den behandlende læge/sundhedsfaglige kontaktperson ved forundersøgelsen.

Har du tidligere været testet MRSA positiv? Ja Nej

-MRSA er en bakterie, der er modstandsdygtig over for behandling med almindelig antibiotika

Har du indenfor de sidste 6 måneder haft kontakt med en MRSA-positiv person? Ja Nej

Har du indenfor de sidste 6 måneder været i behandling på et udenlandsk hospital eller klinik? Ja Nej

Har du indenfor de sidste 6 måneder været i kontakt med levende grise? * Ja Nej

***Hvis ja til ovenstående venligst kontakt PrivatHospitalet Danmark.**

Vil du vide mere om MRSA, kan du få yderligere information i pjecen "Informationspjece vedrørende forebyggelse af MRSA" som er tilgængelig via <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/smitsomme-sygdomme/mrsa/vejledning> samt i venteværelset.

Må vi sende dig informationer om PrivatHospitalet? Nyhedsbreve, oplysninger om behandlinger, nye læger o. lign.

Ja tak

*****p

Personlige oplysninger

CPR-nr.	Navn:
E-mail	Mobil nr:
Adresse:	Postnr, By
Pårørende navn:	Pårørende mobil nr:

Er du allergisk overfor medicin: Ja Nej

Hvilken _____

Er du allergisk overfor andre ting? Ja Nej

Hvilke: _____

Højde: _____ cm Vægt: _____ kg

Har du oplevet uønsket vægttab indenfor de seneste 3 måneder? Ja Nej

Får du regelmæssig motion Ja Nej

HELBREDSOPLYSNINGER

Ryger du? Ja Nej

Følger du Sundhedsstyrelsens retningslinjer for max. 7 genstande for kvinder, 14 genstande for mænd om ugen? Ja Nej

Lider du af kroniske sygdom (fx forhøjet blodtryk, sukkersyge, o.lign.) Ja Nej

Lider du af astma, kronisk bronchitis eller andre luftvejsproblemer? Ja Nej

Tager du naturmedicin (fx fiskeolie / Omega 3 /hvidløgs tabl.)? Ja Nej

Har du haft betydende indlæggelser eller operationer? Ja Nej

Hvis ja - udfyld venligst nedenstående:

Tidligere betydende indlæggelser og behandlinger:

Årstal	Hospitalets navn	Lidelsens art

Andre lidelser:

Lidelse	År	Navn på hospital	Årsag til behandlingen

HELBREDSOPLYSNINGER

SAMTYKKE TIL AT UDVEKSLE HELBREDSOPLYSNINGER:

Personlige data

Navn:	CPR-nr:
-------	---------

Vi beder dig læse informationen på bagsiden af dette skema, før du tager stilling til spørgsmålene i nedenstående tre tekstboks og **underskriver skemaet** nederst.

MÅ HOSPITALET INFORMERE DINE PÅRØRENDE?

I forbindelse med din behandling er der ofte brug for, at vi kan informere dine pårørende. Det kræver dit samtykke.

Jeg giver samtykke til, at følgende personer må informeres om mine helbredsforhold og aktuelle behandling:

- | | | | |
|--------------------|----------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|
| Ægtefælle/samlever | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Forældre | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Børn | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Søskende | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Andre (navn) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |

Ja til alle ovennævnte

HOSPITALET'S UDSENDELSE AF UDSKRIVNINGSBREV TIL DIN PRAKTISERENDE LÆGE

Når din behandling er afsluttet, sender hospitalets automatisk et udskrivningsbrev til din egen praktiserende læge, vikar for denne og/eller den praktiserende speciallæge, der har henvist dig.

Du kan dog frabede dig, at hospitalet sender disse oplysninger.

Jeg **frabeder** mig, at hospitalet sender udskrivningsbrev eller oplysninger om min behandling til min praktiserende læge eller speciallæge

MÅ HOSPITALET UDVEKSLE DINE HELBREDSOPLYSNINGER TIL BEHANDLINGSFORMÅL?

Der er ofte brug for, at hospitalet indhenter oplysninger om tidligere behandling. Der kan også være brug for at informere fx hjemmeplejen efter din behandling på hospitalet. Det kræver dit samtykke.

Jeg giver samtykke til, at hospitalet må udveksle helbredsoplysninger med følgende:

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Egen læge (udover udskrivningsbrev) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Speciallæge (udover udskrivningsbrev) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Henvissende forsikringselskab | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Andre hospitaler | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Via E-boks | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ja til alle ovennævnte | <input type="checkbox"/> Ja |

Jeg er indforstået med - samt har læst og accepterer PrivatHospitalet Danmarks informationsskrivelse om registrering af persondata - Se Link Ja Nej

[Privatlivspolitik - PrivatHospitalet Danmark](#)

HELBREDSOPLYSNINGER

KORT OM REGLERNE FOR AT UDVEKSLE HELBREDSOPLYSNINGER

HVEM KAN HOSPITALET UDVEKSLE OPLYSNINGER MED?

Udveksling af helbredsoplysninger er ofte afgørende for en vellykket behandling og et sammenhængende behandlingsforløb. Sundhedspersoner, der er involveret i dit aktuelle behandlingsforløb, må derfor godt udveksle oplysninger til brug i din behandling, uden dit samtykke.

Hospitalet vil rutinemæssigt udveksle aktuelle helbreds- og behandlingsoplysninger om dig:

- Hvis du overflyttes til videre behandling på et andet hospital
- Når behandlingen afsluttes, og vi sender et udskrivningsbrev til din praktiserende læge eller henvisende speciallæge.

Hvis du ikke ønsker denne udveksling af helbredsoplysninger, beder vi dig fortælle os det.

HVORFOR BEDER VI DIG OM DIT SAMTYKKE?

Hospitalets ansatte har tavshedspligt, når det gælder oplysninger om dit helbred og andre personlige oplysninger, som personalets bliver vidende om under din behandling. Som udgangspunkt må ingen oplysninger derfor udveksles uden dit samtykke, når de skal bruges til andre formål end selve behandlingen. Det gælder fx oplysninger til hjemmeplejen, til pårørende og til andre myndigheder.

På dette skema beder vi om dit **skriftlige samtykke** til, at hospitalet kan videregive oplysninger til de pårørende som du ønsker vi skal informerer. Er der fx oplysninger som du ikke ønsker videregivet til dine pårørende, eller ønsker du, at dine pårørende kun skal vide du er indlagt, så bedes du anføre det på forsiden af dette skema.

Vi beder også om dit samtykke til at indhente relevante oplysninger om tidligere behandling og til at videregive oplysninger om din nuværende behandling til andre sundhedspersoner i for eksempel hjemmeplejen eller til sociale myndigheder. Er der oplysninger, du ikke ønsker videregivet, eller er der sundhedspersoner eller myndigheder, du ikke ønsker informeret, bedes du give sundhedspersonalet besked herom.

HVOR OMFATTENDE ER DIT SAMTYKKE?

Hospitalet må kun videregive oplysninger i det omfang, det er nødvendigt. Personalet skal derfor altid vurdere relevansen af oplysninger, der videregives.

Du har altid ret til helt eller delvis frabede dig, at der videregives oplysninger. Hvis du gør det, skal du oplyses om hvilke konsekvenser, det kan have for dit behandlingsforløb.

Du kan altid helt eller delvis tilbagekalde dit samtykke, hvis ikke oplysningerne allerede er givet videre. Et samtykke til at udveksle oplysninger er oftest knyttet til dit aktuelle behandlingsforløb. Et samtykke til at udveksle oplysninger til brug for andet end **behandling gælder i højst et år**.

Som hovedregel kan du give samtykke til at videregive oplysninger, fra du er fyldt 15 år.

HAR DU SPØRGSMÅL?

Har du spørgsmål til reglerne for at udveksle helbredsoplysninger m.v., er du altid velkommen til at spørge afdelingens personale.

UNDERSKRIFT

Dato:

Underskift: _____