

Fød.nr. Namn: Adr.: Tr.k.:	Tlf. privat: Tlf. mobil: Tlf. arbeid:
Frå lege: Adr.: Hemmeleg tlf.:	
Pasientens fastlege dersom forskjellig frå tilvisande lege: <namn>	
<b>Sjukehus/avdeling det tilvisas til:</b> <liste over valbare inntakskontor>	
<b>Aktuell problemstilling/ Ønsket u.s./behandling:</b> <fritekst>	
<b>Relevante sosiale opplysningar (sett kryss):</b>  <input type="checkbox"/> Einsleg <input type="checkbox"/> Gift/samboar <input type="checkbox"/> Sjukmeldt <input type="checkbox"/> Ufør <input type="checkbox"/> Mottar komm.tenester	
<b>Spesielle omsorgsomsyn</b> (eigne barn, eigne behov el.likn) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Viss Ja, spesifiser: <fritekst>	
<b>Aktuell sjukehistorie:</b> <fritekst>	
<b>Tidlegare/anna relevant sjukdom:</b> <fritekst>	
<b>Resultat av prøver/undersøkingar:</b> <fritekst>	
<b>Høgde</b> ca <antall> cm <b>Vekt</b> ca <antall> kg <b>BMI</b> ca <tall>	
<b>Medikament:</b> <kopi av aktuell medikamentliste>	
<b>Kritisk info</b> (Cave/anafylaksi/el.l): <fritekst>	
<b>Vurdering av hastegrad:</b> Innan <input type="checkbox"/> 1 veke <input type="checkbox"/> 2 veker <input type="checkbox"/> 4 veker <input type="checkbox"/> 3 mnd. <input type="checkbox"/> 6 mnd. <fritekst>	
<b>Transportbehov</b> – kan pasienten reise åleine med off. kommunikasjonsmidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Viss Nei: <beskriv krav til transport og følgje>	
<b>Supplerande relevant info:</b> <fritekst>	
<b>Viss pasienten søkes inn for operasjon – kryss av:</b> <input type="checkbox"/> Klar indikasjon – rimelig frisk – direkte til operasjon <input type="checkbox"/> Tilstøtende sjukdom bør vurderast preoperativt <input type="checkbox"/> Indikasjon bør vurderast preoperativt	