

**CPR:**

**Til brug for dit forløb i klinikken har vi brug for nogle oplysninger.  
Brug venligst nogle minutter på at udfylde nedenstående:**

Ja      Nej (sæt ring) Vi må hente oplysning fra andre lægelige institutioner og hospitaler til brug for dit forløb hos os.

Ja      Nej (sæt ring) Vi må sende oplysning om forløbet hos os til din praktiserende læge eller andre lægelige instanser.

Ja      Nej (sæt ring) Allergi for medicin eller gummi/latex, hvis ja for hvad:

\_\_\_\_\_

Ja      Nej (sæt ring) Har du sukkersyge?

Ja      Nej (sæt ring) Har du astma (hav altid medicinen med i klinikken)?

Ja      Nej (sæt ring) Har du pace-maker?

Ja      Nej (sæt ring) Har du kunstig hjerteklap eller haft syge hjerteklapper?

Ja      Nej (sæt ring) Får du blodfortyndende medicin?

Skriv hvilken: \_\_\_\_\_

Ja      Nej (sæt ring) Får du medicin til dagligt? Hvis ja, skriv hvilken:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dato og underskrift** \_\_\_\_\_

Obs! Som patient eller pårørende har du mulighed for at indrapportere en utilsigtet hændelse til DanskPatientSikkerhedsDatabase (DPSD). Alt i alt kan du rapportere hændelser, hvor mangler eller brister i sikkerheden ved besøg i sundhedsvæsenet førte til, at en eller flere personer blev skadet eller udsat for en risiko for skade. Besøg [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) for mere information eller spørg personalet i klinikken.

Vi passer godt på dine persondata. Med din underskrift accepterer du samtidig klinikkens regler for privatpolitik, som du kan vælge at få udleveret i klinikken.