

Nafn:		Aðgerð:
Kennitala:	Sími:	
Heimilisfang:		
Þyngd:	Hæð:	Aðgerðardagur:
Aðstandandi:		Mætir kl:
Sími:	Tengsl:	Skurðlæknir:

<b>Upplýsingar um heilsufar:</b>			Athugasemdir
<i>Hefur þú eða hefur þú haft vandamál frá?</i>	Nei	Já- hvaða?	
Hjarta			
Lungum/öndunarfærum			
Nýrum			
Hálshrygg			
<i>Hefur þú eða hefur þú haft?</i>			
Lifrabólgu			
Sykursýki			
Háan blóðþrýsting			
Flogaveiki			
Brjóstsviða/nábít			
Krabbamein			
Óeðlilegar blæðingar			
Hefur þú verið svæfð/ur?			Fyrri aðgerðir:
Vandamál við fyrri svæfingar?			
Ættgeng vandamál við svæfingar?			
Ofnæmi?			
Lyf tekin reglulega:			

**Yfirlýsing um samþykki**

1. Ég samþykki að \_\_\_\_\_ lækni og samstarfsfólk hans framkvæmi á mér eftirfarandi aðgerð \_\_\_\_\_

2. Ég hef fengið upplýsingar um eðli sjúkdóms míns og meðferðarmöguleika. Einnig allar þær upplýsingar sem ég æski og skil hættu á fylgikvillum, sem orðið geta í kjölfar hennar bæði af þekktum orsökum og óþekktum. Mér hefur verið tjáð að vandamál svo sem blæðing og sýking geta komið fram við allar aðgerðir.

3. Mér hefur verið tjáð að svæfingalæknir hafi umsjón með svæfingu og /eða deyfingu eftir því sem við á og hef fengið upplýsingar um eðli þessara inngripa og hættu á fylgikvillum sem geta komið í kjölfarið.

Akureyri \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

