

Oplysningsskema for: _____ **Dato:** _____ **Cprnr.:** _____.

Tlf.: _____ **Email:** _____.

Har du nogle af nedenstående gener:

Sæt kryds _____ **Nej** _____ **Ja** _____

Synlige Åreknuder _____.

Synlige skinnebenssår _____.

Synlige karsprængninger _____.

Natlige kramper i benene _____.

Uro i benene _____.

Tyngdefornemmelse og hævede ben _____.

Har du nogle af nedenstående sygdomme:

Sæt kryds _____ **Nej** _____ **Ja** _____

Hjerte/lunge sygdomme _____.

Nyresygdomme _____.

Sukkersyge _____.

Andre sygdomme _____.

Er du i antabusbehandling _____.

Har du indenfor de sidste 6 mdr. været indlagt på udenlands hospital? **skriv ja eller nej:** _____.

Er nogen i din husstand i behandling for infektion? **Skriv ja eller nej:** _____.

Har du daglig kontakt/arb. med levende svin/dyr? **Skriv ja eller nej:** _____.

Allergi-allergisk, intolerans overfor penicillin eller lign.? **Skriv ja eller nej:** _____.

Har du på et tidspunkt haft blodprop i benene? **Skriv ja eller nej:** _____.

For kvinder: Dato for sidste graviditet: _____.

Karsprængninger.dk

Dato _____ **Navn** _____ **CPRnr.** _____.