

Eksamineret Akupunktør og Zoneterapeut Helle Bruun

Telefon: 40 17 50 86

Journal Stamoplysninger

(JStm-v06.doc)

Udfyld venligst til journalen. (Der er mulighed for aktindsigt og eventuelt anmodning om destruktion af oplysningerne.)

| | | |
|--|---|--|
| Personlige oplysninger | Navn | |
| | Adresse | |
| | Postnummer og by | |
| | Telefonnummer | |
| | E-mail adresse | |
| | Fødselsår (<i>ikke CPR</i>) | |
| Årsag(er) til henvendelse | Beskriv | |
| Indberetning til ”danmark” | Er lidelsen diagnosticeret af læge: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| | Hvis ja – ønsker du indberetning til Sygeforsikringen ”danmark”, så oplys venligst dit cpr-nr. her: _____ | |
| Nuværende eller tidligere lidelser og behandlinger <i>(Afkryds og skriv evt. supplerende oplysninger)</i> | <input type="checkbox"/> Hjerte/kredsløbslidelser <input type="checkbox"/> For højt/lavt blodtryk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Mavesår <input type="checkbox"/> Smitsomme sygdomme (<i>HIV, leverbetændelse, etc.</i>) <input type="checkbox"/> Over/undervægt <input type="checkbox"/> Træthed <input type="checkbox"/> Søvnproblemer <input type="checkbox"/> Barnløshed | <input type="checkbox"/> Menstruationsproblemer <input type="checkbox"/> Svimmelhed <input type="checkbox"/> Implantater/proteser (<i>bryst, tænder, etc.</i>) <input type="checkbox"/> Ryg-, nakke- og lændesmerter <input type="checkbox"/> Hovedpine/migræne <input type="checkbox"/> Ledsmarter/gigt <input type="checkbox"/> Andre smerter: _____ <input type="checkbox"/> Astma/allergi: _____ <input type="checkbox"/> Sorg/krise/stress: _____ <input type="checkbox"/> Syn/hørelse: _____ <input type="checkbox"/> Andet: _____ |
| Igangværende behandlinger | Læger/andre | |
| | Brug af medicin eller naturlægemidler (Dato, dosis, varighed) | |
| Andre forhold | Væskeindtag (<i>liter/dag</i>) | |
| | Forbrug af alkohol, tobak, kaffe/te, slik, rusmidler | |
| | Motion og sport (<i>art/omfang</i>) | |

Jeg giver hermed mit samtykke til registrering og opbevaring (jf. persondataloven, lov nr. 429 af 31.5.00, §1 stk. 1 og 2, §5 stk. 3, §7 stk. 2 og 5) af mine journaloplysninger hos *Helle Bruun Akupunktur*.

Navn (blokbogstaver)

Dato Underskrift