

**Eksamineret Akupunktør og Zoneterapeut Helle Bruun**

Hovedgaden 55 B, 2. sal, 2970 Hørsholm

Telefon: 40 17 50 86

**Journal Stamoplysninger**

(JStm-v05.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/kredsløbsslidelser <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