

Ósk um meðferð _____ Ósk um innlögn í Bláa Lónið - lækningalind _____

Nafn sjúklings _____ Kt. _____

Heimilisfang _____

Sími _____ Vinnusími _____ GSM _____

Sjúkdómur _____ Aldur við sjúkdómsgreiningu _____

Innlögn á sjúkrahús v/húðsjúkdóms Einu sinni _____ Oft _____ Síðast _____

Sykursýki _____

Hjartasjúkdómar _____

Lyf v/hjartasjúkdóma _____

Lyfjaofnæmi _____

Ofnæmi _____

Aðrir sjúkdómar _____

Áhrif sólar meðferðar: Betri _____ Óbreytt líðan _____ Verri _____

Þolir sjúklingurinn UVB ljósameðferð? Nei _____ Já _____

Húðgerð: I II III IV V

Hefur sjúklingurinn farið áður í BLUE LAGOON psoriasis meðferð? Nei _____ Já _____

Ef já, árangur BLUE LAGOON psoriasis meðferðar? Sæmilegur _____ Góður _____ Mjög góður _____

Hve lengi varði árangurinn? _____

Núverandi psoriasisútbrot: Hársvörður _____ Andlit _____ Hendur _____ Bolur _____ Fætur _____

Útlímur _____ Neglur _____ Húðfellingar (inverse psoriasis.) _____

Núverandi lyf við psoriasis : _____ Skammtur: _____

(sjúklingur kemur með sín eigin lyf á meðan á meðferð stendur)

Útvortis krem sem notuð eru við sjúkdómnum: _____

Önnur meðferð við sjúkdómnum: _____

Einkenni frá liðum (psoriasisliðagigt)? Nei _____ Já _____

Nánari upplýsingar um psoriasis útbrotin

Tegund útbrotá	Útbreiðsla					
	Engin				Mjög slæm	
Guttate	0	1	2	3	4	5
Nummular plaques	0	1	2	3	4	5
Large plaques	0	1	2	3	4	5
Erythema	0	1	2	3	4	5
Scaling	0	1	2	3	4	5
Infiltration	0	1	2	3	4	5
Inverse psoriasis	0	1	2	3	4	5
Psoriasis arthritis	0	1	2	3	4	5

Ósk um séræði (á við um þá sem dvelja í lækningalind)? Nei _____ Já _____

Hvaða: _____

Fæðuóþol/Ofnæmi: _____

Önnur vandamál (t.d. andleg, félagsleg eða líkamleg fötlun):

Lyfjamisnotkun: Nei _____ Já _____ Áfengismisnotkun: Nei _____ Já _____

Reykingar: Nei _____ Já _____

Dags: _____

Nafn læknis: _____

Aðsetur: _____

Sími: _____

Bláa Lónið - lækningalind
 240 Grindavík
 Sími 420 8900 Fax 420 8834
 www.bluelagoon.is
 medferd@bluelagoon.is