

**Spørsmål vedrørende utførelse av "Laktatprofil" og/eller
"Maksimalt oksygenopptak" ved Nimi**

Testdato og kl.: _____ (fylles ut av Nimis sekretær)

Bedrift/Gruppe: _____

Navn: _____ Fødselsnummer: _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Sted: _____

Tlf. nr: _____ Mobil nr: _____

	JA	NEI
Har du hatt hjertesykdom?: Om ja, hva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen i din nærmeste slekt hatt hjertesykdom i alder under 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, hvem og hvilken sykdom? _____		
Får du smerter i brystet ved fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du kortpustet i hvile og/eller ved fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du de siste måneder hatt brystmerter i hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyker du? Om ja, hvor mye og hvor lenge? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plages du av en av følgende tilstander: svimmelhet, uvanlig slapphet, pusteproblemer, astma, apné, diabetes, balanseproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hevelse rundt anklene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du medikamenter? Om ja, hvilke? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du andre sykdommer? Om ja, hva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått målt forhøyet blodtrykk noen gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, hvor høyt var det? _____		
Er du HIV positiv og/eller smittet av Hepatitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alder :

Vekt: Høyde:

**Spørsmål vedrørende utførelse av "Laktatprofil" og/eller
"Maksimalt oksygenopptak" ved Nimi**

Har du plager fra armer, ben eller ledd som blir verre under fysisk aktivitet?

Har du andre plager som hindrer deg i å være fysisk aktiv?

Driver du regelmessig fysisk aktivitet?

Hvis ja hvor ofte (ring inn det som passer)

< 1 g/uke

1-3 g/uke

> 3 g/uke

Kryss av (**kun ett valg**) for test (nedenfor) som ønskes gjennomført:

Maksimalt oksygenopptak (måling av maksimalt oksygenopptak, beregning av pulssoner og makspuls, samt gjennomgang av testresultat)

Laktatprofil m/maksimalt oksygenopptak (beregning av laktat terskel, pulssoner og makspuls, måling av maksimalt oksygenopptak, samt gjennomgang av testresultat)

Ønsker arbeidstesten gjennomført på (sett ring rundt):

Sykkel

Tredemølle

**Spørsmål vedrørende utførelse av ”Laktatprofil” og/eller
”Maksimalt oksygenopptak” ved Nimi**

OBS! Vi gjør oppmerksom på at alle de overfornevnte tester innebærer arbeidsbelastninger som medfører stor grad av anstrengelse og utmattelse, hvilket kan medføre kortvarige og/eller langvarige plager.

Jeg erklærer ved undertegning nedenfor at:

- (i) jeg har gjort meg godt kjent med alle opplysningene i dette skjemaet, herunder formålet med testingen og de risikoer som er forbundet med denne type testing,**
- (ii) opplysningene som er avgitt om min helsetilstand i dette spørreskjemaet er riktige og fullstendige,**
- (iii) jeg er spesielt oppmerksom på at testingen innebærer at jeg vil bli utsatt for arbeidsbelastninger som medfører stor grad av anstrengelse og utmattelse, slik at det kan innebære en viss helserisiko for meg, selv om jeg i utgangspunktet har alminnelig god helsetilstand, jf. skadeertatningsloven § 5-1 nr. 1, og**
- (iv) jeg erkjenner og aksepterer at jeg selv må bære risikoen for enhver skade som oppstår som følge av eller i forbindelse med testingen og fraskriver meg herved retten til å kreve erstatning, utgifter eller andre tap fra Nimi og ansatte hos Nimi.**

JA NEI

Jeg ønsker legekonsultasjon (kr 1430,-) ved Nimi ifm test

Dato, kundens signatur

(foresattes signatur dersom kunden er under 18 år)

**Spørsmål vedrørende utførelse av ”Laktatprofil” og/eller
”Maksimalt oksygenopptak” ved Nimi**

Dersom spørsmål ang. ovennevnte tester ring vår Testavdeling
tlf. 954 09 699 eller sentralbord tlf. 02430

Stempel og underskrift (under) av Nimis lege for godkjenning av test:

Nimis lege krysser av nedenfor

	JA	NEI
Kunden skal ha legekonsultasjon i.f.m. test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>