

Personnummer .....

Namn .....

Mobilnummer .....

Tel.nr hem .....

## HÄLSODEKLARATION

*För ett säkert och välplanerat mottagningsbesök eller operation ber vi Dig att svara på nedanstående frågor.*

	Ja	Nej
<u>Har Du eller har Du haft någon allvarlig sjukdom?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hjärtinfarkt, kärlkramp</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Högt blodtryck</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Diabetes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Njursjukdom</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Astma</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tar Du några mediciner regelbundet?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, vilka? .....		
<u>Behandlas Du med blodförtunnande mediciner? (t.ex. Waran, Xarelto)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, vilka? .....		
<u>Är Du allergisk/överkänslig mot någon medicin?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, vilka besvär får Du? .....		
<u>Har Du opererat dig tidigare?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, för vad? .....		
<u>Har Du eller har Du haft problem med lokalbedövning?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Har Du ofta halsbränna eller sura uppstötningar?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Har Du magkatarr eller magsår?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Får Du hudbesvär av häfta/plåster?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<u>Har Du metallföremål inopererade? (t.ex. skruvar, platter, pacemaker)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Har Du/behandlas Du för psykiska problem? (t.ex. oro, ångest, depression, läkemedel/alkoholberoende)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Röker Du?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Har Du någon anhörig eller bekant som hämtar Dig efter Din operation?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Samtycker Du till att vi tar del av journalanteckningar från andra vårdgivare?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Har Du några särskilda önskemål/synpunkter i samband med Din operation?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, vad? .....		
.....		
.....		

Datum ..... Namnteckning .....