

Hälsodeklaration

Namn:

Föd.data:

Dagens datum:

Tel Hem: Mobil:

Besvara nedanstående frågor och ta med blanketten till mottagningsbesöket

Har eller har Du haft	Ja	Nej	Har eller har Du haft	Ja	Nej
kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergi mot födoämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilket		
klaff-fel i hjärtat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergi mot någon medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
ansträngningsutlösta obehag i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergi mot annat än ovan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vad		
ojämn puls/hjärtklappning/flimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ärfvlig sjukdom i släkten, t ex porfyri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberkulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
lätt att må illa /åksjuka / sjösjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du	Ja	Nej
blödningsbenägenhet (lätt blåmärken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blivit rygg- eller nackopererad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodpropp (i lungorna eller benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, varför		
blodsmitta (hepatit, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genomgått andra operationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kronisk luftrörskatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilka		
annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gallsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blivit sövd tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fått ryggbedövning tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fått annan bedövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kronisk njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	upplevt obehag vid tidigare sövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra nervsjukdomar (Parkinson, MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tandprotes/lösa bryggor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stroke (propp eller blödning i hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, överkäke <input type="checkbox"/> underkäke <input type="checkbox"/>		
nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är Du	Ja	Nej
kronisk ledsjukdom (ex. reumatism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rökare, om ja, antal per dygn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halsbränna el. sura uppstötningar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piercad el. liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gravid (om kvinna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			vårdad på annat sjukhus senaste 6 mån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			om ja, vilket sjukhus.....		

Anser Du att Du har en god kondition för Din ålder? Ja Nej

Orkar Du att gå uppför två våningar i trappa utan besvär? Ja Nej

Närmast anhörig Din längd:cm

Anhörigas telefonnummer Din vikt:.....kg

Var god vänd sida för kompletterande information och underskrift !!

Eventuella mediciner som Du använder regelbundet (även p-piller och hälsokostpreparat).

Läkemedel	Styrka	Dosering
(Exempel: Seloken ZOC)	50 mg	1 tabl, 1 gång/dag

Kompletterande information

På nedanstående rader kan Du komplettera och skriva utförligare om till exempel något som rör frågorna på föregående sida. Här kan du också informera oss om Du har någon sjukdom eller åkomma som inte nämns här. Era personuppgifter kommer att lagras elektroniskt i enlighet med datalagen. Om du känner dig orolig eller har några övriga upplysningar som du inte vill lämna skriftligt, vänd dig då med förtroende till din behandlande läkare eller sköterska.

Din namnunderskrift

Dagens datum

Tack för din medverkan!