

Hälsodeklaration

Namn

Föd.data

Tel Hem

Mobil

Dagens datum

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 annan än ovan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
Ojämn puls/hjärtklappning/flimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ärftlig sjukdom i släkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du	Ja	Nej
Lätt att må illa/åksjuka/sjösjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blivit rygg- eller nackopererad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödningsbenägenhet (lätt blåmärken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, varför		
Blodpropp (i lungorna eller benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genomgått andra operationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodsmitta (hepatit, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilka		
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kronisk luftrörskatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blivit sövd tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fått ryggbedövning tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fått annan bedövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken		
Gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upplevt obehag vid tidigare sövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandprotes/lösa bryggor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, överkäke <input type="checkbox"/> underkäke <input type="checkbox"/>		
Andra nervsjukdomar (Parkinson, MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är Du	Ja	Nej
Stroke (propp eller blödning i hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rökare, om ja, antal per dygn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piercad eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk ledsjukdom (ex. reumatism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gravid (om kvinna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsbränna el. sura uppstötningar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vårdad på annat sjukhus senaste 6 mån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Om ja, vilket		

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

Anhörigs telefonnummer

Din vikt kg



Eventuella mediciner som Du använder regelbundet (även P-piller och hälsopreparat)

Läkemedel	Styrka	Dosering
Exempel: Seloken ZOK	50 mg	1 tablett, 1 gång/dag

Kompletterande information

På nedanstående rader kan Du komplettera och skriva utförligare om t.ex. något som rör frågorna på föregående sida. Här kan Du informera oss om Du har någon sjukdom eller åkomma som inte nämnts här. Era personuppgifter kommer att lagras elektroniskt i enlighet med datalagen/GDPR. Om Du känner Dig orolig eller har några upplysningar som Du inte vill lämna skriftligt, vän Dig då med förtroende till Din behandlande läkare eller sköterska.

Din namnunderskrift

Dagens datum

.....

.....

Tack för Din medverkan