

HÄLSODEKLARATION

Inför undersökning eller operation

Namn..... Personnummer.....
 Tfn-nummer hem..... Din längd:..... cm vikt:.....kg
 Tfn-nummer mobil..... Tfn Arbete
 Närmast anhörig..... Tfn anhörig hem/mobil

Har du haft eller har du:

1. Högt blodtryck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Hjärtsjukdom (t.ex. hjärtinfarkt, hjärtsvikt, kärlkramp, rytmrubbningar)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Kärlsjukdom (t.ex. stroke, blodpropp)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Lungsjukdom (t.ex. astma, KOL)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
6. Njursjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
7. Leversjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
8. Blödningssjukdom (t.ex. får lätt blåmärken, näsblod)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
9. Epilepsi/neurologisk sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
10. Led/muskelsjukdom (t.ex. reumatoid artrit)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
11. Smittsam sjukdom (hepatit, HIV, MRSA)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
12. Återkommande besvär med sura uppstötningar/halsbränna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
13. Blir du lätt illamående/åksjuk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

14. Allergi (dvs har Du reagerat på t.ex. penicillin, lokalbedövningsmedel, värktabletter som Treo, Magnecyl, Voltaren, Ipren, plåster, djur, mat eller annat).	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja: beskriv vad och hur.....		
15. Opererats eller fått narkos/ryggbedövning tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
16. Om ja: Var det några problem?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, beskriv problemen		
17. Sjukhusvårdats de senaste 6 månaderna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, var och varför?		
18. Röker Du?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
19. Om du är kvinna; är du gravid?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Har du annan upplysning, fråga eller särskilda önskemål ?

.....

Aktuella mediciner som du tar:

Skicka gärna med en separat läkemedelslista om Du inte får plats att skriva!

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll

Underskrift

.....
 Ifyllt av

.....
 Datum

Stort tack för din medverkan!