



## HÄLSODEKLARATION - Inför undersökning eller operation

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Tfn hem \_\_\_\_\_

Din längd \_\_\_\_\_ cm vikt \_\_\_\_\_ kg

Tfn mobil \_\_\_\_\_

Närmast anhörig \_\_\_\_\_

Tfn arbete \_\_\_\_\_

Tfn anhörig hem/mobil \_\_\_\_\_

|   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 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 såsom blodsmitta (t ex hepatiti, HIV)?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 12. Annan smittsam sjukdom (t ex MRSA, VRE, ESBL)?                          | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 13. Återkommande besvär med sura uppstötningar/halsbränna?                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 14. Blir du lätt illamående/åksjuk?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 15. Allergi (d v s 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<br>.....<br>.....<br>.....   |                             |                              |
| 16. Opererats eller fått narkos/ryggbedövning tidigare?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 17. Om ja: Var det några problem? Om ja, beskriv problemen  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| .....<br>.....<br>.....   |                             |                              |
| 18. Varit i kontakt med sjukvård utanför Sverige de senaste 6 månaderna?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Om ja, var och varför?<br>.....<br>.....<br>.....   |                             |                              |
| 19. Röker du?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 20. Om du är kvinna; är du gravid?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Läkemedelslistan ska inkludera alla tabletter, lösningar och inhalationsmediciner och egenmedicinering. **Skicka med separat läkemedelslista om du inte får plats med att skriva alla dina mediciner!**

| Läkemedelsnamn | Styrka | Morgon | Lunch | Middag | Kväll |
|----------------|--------|--------|-------|--------|-------|
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |
|                |        |        |       |        |       |

Underskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_