

## Hälsodeklaration

Persnummer : \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_

E-mail adress: \_\_\_\_\_

Närmast anhörig: \_\_\_\_\_

Telefonnr. Anhörig: \_\_\_\_\_

	Ja	Nej
<b>1.</b> Har du någon som kan vara hos dig första dygnet när du kommer hem?		
<b>2.</b> Är du allergisk/överkänslig mot någonting?( t.ex. läkemedel/födoämnen)		
Om <b>ja</b> , mot vad?		
Vilka besvär får du?		
<b>3.</b> Röker/snusar du?		
Om <b>ja</b> , i hur många år?		
<b>4. Har du för närvarande besvär med något av följande?</b>		
a) Förkylning, hosta, andnings besvär		
b) Ont i bröstet vid ansträngning eller kall väderlek?		
c) Halsbränna eller sura uppstötningar?		
d) Har du lätt att få blåmärken eller blöder du länge?		
e) Annat besvär?		
<b>5.</b> Känner du dig frisk? (Frånsett det du skall opereras för)		
<b>6.</b> Klarar du att gå 2 trappor upp?		
Om nej, Vad begränsar dig?		
<b>7.</b> Snarkar du?		
<b>8. Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?</b>		
a)Hjärtsjukdom (t.ex. kärlkramp, infarkt, klaffel, hjärtsvikt		
b)Högt blodtryck?		
c) Astma/KOL		
d) Annan lungsjukdom?		
e) Diabetes		
f) Hjärnblödning/stroke		
g) Epilepsi		
h) Psykisk sjukdom/ depression		
i) Blodsmitta(t.ex. hepatit ABC, HIV/AIDS?		

Vg.vänd

	Ja	Nej
j) Njursjukdom?		
k) Annan sjukdom?( MS, Behterew, Myastenia gravis)		
l) Blodpropp (lungemboli. Ventrombos)?		
m) Blödarsjuka?		
n)Kort kommentar om de sjukdomar du har kryssat i att du har.		
<b>9a.</b> Äter du blodförtunnande medicin?(t.ex. Waran,Trombyl, Plavix ect) ) Vilka?		
b. Vilka mediciner äter du för övrigt		
<b>10.</b> Vilket sjukhus/ vårdcentral tillhör du?		
<b>11.</b> Vilken läkare brukar sköta din behandling		
<b>12.</b> Är du tidigare opererad? Om ja för vad och när		
<b>13.</b> Har du haft problem med narkos eller lokalbedövning? Vilka?		
<b>14.</b> Har du metallföremål inopererat i kroppen?(t.ex. PM,ledprotes)		
<b>15.</b> Har du vårdats på sjukhus utomlands under dem senaste 6 månaderna		
<b>16.</b> Är du gravid?		
<b>17.</b> Något annat?		
<b>Din längd</b> <b>cm</b> <b>Din vikt</b> <b>Kg</b>		

Jag medger att mina journal handlingar, inklusive röntgen och video/foto, får användas i samband med ronder och undervisning. Jag är införstådd med att uppgifter om diagnos och behandling sparas i lokala och nationella kvalitetsregister.

*Hälsodeklarationen sparas som journalhandling.*

Fyll i och tas med till besöket.

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_