

HÄLSODEKLARATION

För att vi skall kunna behandla dig på ett så säkert sätt som möjligt är det viktigt att du fyller i blanketten fullständigt.

ALLERGIER OCH ÖVERKÄNSLIGHET

Är du allergisk mot någon medicin? Nej Ja Vilken? _____

Är du allergisk mot något annat? Nej Ja Vad? _____
(Exempelvis Soja eller Latex)

Får du besvär av smärtstillande/inflammationsdämpande medel som t.ex.

* Läkemedel med acetylsalicylsyra t.ex. Bamy, Magnecyl, Treo Nej Ja

* Diklofenak, Voltaren, Ipren eller Naproxen Nej Ja

* Panocod eller Citodon Nej Ja

* Tiparol, Tramadol, Tradolan eller Nobligan Nej Ja

* Oxycontin, Oxynorm eller Oxycodone Nej Ja

TIDIGARE OPERATIONER/FÖRLOSSNINGAR

Typ av operation/förlossning	År	Sjukhus
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tål du lokalbedövning? Nej Ja

(Tandläkarbedövning)

Har du tidigare blivit sövd? Nej Ja Vilket år? _____

Har du tidigare mått illa efter narkos? Nej Ja

Har du tidigare fått ryggbedövning? Nej Ja

Har det varit andra problem i samband med sövning eller ryggbedövning? Nej Ja Vilka? _____

ALLMÄN KONDITION

Känner du dig i god fysisk form? Nej Ja Ok

Röker du? Nej Ja Antal cigaretter: _____

Bli du lätt andfådd och/eller måste du stanna när du går uppför två trappor? Nej Ja

Vänd blad

TIDIGARE ELLER NUVARANDE SJUKDOMAR

Hjärtsjukdom/Bröstsmärtor	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Högt blodtryck - tablettbehandlad	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Lungsjukdom/Astma/Luftrörsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Gulsot/Hepatit/HIV/Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Diabetes (Sockersjuka)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Neurologisk sjukdom?(Epilepsi, MS, Parkinson, restillstånd efter stroke)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Magsår, bräck på magstruppen, halsbränna, sura uppstötningar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Kronisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Led eller muskelsjukdom, reumatism, Bechterew, diskbräck, nackproblem	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Svårighet att gapa?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Sömnapné med CPAP hemma	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Njursjukdom eller urinvägsproblem	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Leversjukdom eller gallbesvär	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Pågående eller tidigare missbruk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Depression eller ångest	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Matrubbning (Anorexi, Bulimi)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Får du vanligtvis fula ärr (hårda, röda, upphöjda)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Herpes (Mun, ansikte, genitalia)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Hur har din vikt förändrats senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/> Uppgång	<input type="checkbox"/> Oförändrat	<input type="checkbox"/> Nedgång, ofrivilligt
Hur har din aptit varit senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/> Ökad/ Ej ändrad	<input type="checkbox"/> Försämrad aptit	<input type="checkbox"/> Helt aptitlös
Din längd _____ cm	Din vikt _____ kg		

BLÖDNINGSBENÄGENHET

Har du någon blödningssjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken? _____
Har du haft blodpropp i ben eller lunga?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket år? _____
Får du lätt blåmärken?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Blöder du längre än fem timmar efter tandutdragning och/eller hudskada?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

Vänd blad

LÄKEMEDEL

Namn på alla mediciner (Inkl P-piller)	Styrka (t.ex. 75mg)	Antal doser/dag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ÖVRIGA FRÅGOR

Har du vårdats på sjukhus utomlands
de senaste 10 åren? Nej Ja

Är du informerad om operationen, förväntat operationsresultat och ev.
komplikationer? (Ifylles vid läkarbesök) Nej Ja

Bor du ensam? Nej Ja

KONTAKTUPPGIFTER

Adress: _____	Postnummer: _____	Ort: _____
Ditt telefonnummer: _____	Ditt Mobilnummer: _____	E-post: _____
Närmaste anhörig: _____	Mobil till närmaste anhörig: _____	

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR OCH SÄRSKILDA ÖNSKEMÅL

JAG INTYGAR ATT HÄLSODEKLARATIONEN ÄR KORREKT IFYLLED

Datum: _____ Underskrift: _____