

Hälsodeklaration

Namn:					
Personnummer:			Yrke/Sysselsättning:		
Telefon:			Längd (i cm):		Vikt (i kg):
Anhöriges namn:			Anhöriges telefon:		

Fråga	Ja	Nej	Kommentar
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om Ja, hur har du reagerat?			
Har du någon hjärt-kärlsjukdom/pacemaker?			
Har du högt blodtryck eller behandling för blodtrycket?			
Har du någon lungsjukdom (astma/KOL/TBC)?			
Har du haft stroke/epilepsi/eller annan neurologisk sjukdom?			
Har du någon sjukdom med ökad blödningsbenägenhet?			
Har du haft blodpropp i ben/armar/eller lunga?			
Har du diabetes (Om Ja, ange vilken typ)?			
Har du leversjukdom?			
Har du njursjukdom?			
Har du någon smittsam sjukdom (hepatit/Hiv/MRSA/VRE etc)?			
Har du någon psykisk sjukdom?			
Lider du av långvarig smärta?			
Har du några hudsjukdomar (eksem, psoriasis)?			
Har du besvär med sura uppstötningar och halsbränna?			
Har du stomi, kateter (KAD), insatta plastslangar el liknande?			
Har du vårdats på sjukhus utomlands de sex senaste månaderna?			

F

Fråga	Ja	Nej	Kommentar
Har du opererats tidigare (för vad)?			
Har du sövts eller fått ryggbedövning tidigare?			
Om Ja, har du haft några problem i samband med sövning eller ryggbedövning?			
Har du sömnapné syndrom/snarksjukdom?			
Om Ja, använder du snarkskena eller CPAP?			
Har du eller någon släkting överkänslighet för narkosmedel?			
Finns det någon ärftlig muskelsjukdom i släkten?			
Har du behov av någon form av hjälpmedel (rullstol, kryckor, hörapparat etc.)?			
Är du gravid?			
Har du tandprotes?			
Röker du (sedan när, antal cigaretter, eller liknande)?			
Har du slutat röka (när)?			
Andra upplysningar av vikt?			

Vänligen fyll i nedanstående

Läkemedel/Namn	Styrka	Dosering	
Jag godkänner att Capio Gastro Center Stockholm AB sparar mina kontaktuppgifter för att använda dessa vid eventuella utskick, som ex kallelser, sms och utvärderingar		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt medgivande att personal verksam inom Capio Gastro Center Stockholm AB har tillgång till min journal i andra journalsystem under min pågående behandling.		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Underskrift	Ort, datum		