

Namn _____ Personnummer _____

Hemtelefon _____ Mobiltelefon _____

Mailadress _____ Längd _____ Vikt _____

Närmast anhörig (namn/telefon) _____

Ditt yrke/sysselsättning _____ Pågående sjukskrivning? Ja Nej

Ordinarie distriktsläkare _____ Vårdcentral _____

Om utrymme saknas, redogör gärna mer detaljerat för din sjukdomshistoria på fritextraderna i slutet.

Är du allergisk mot något läkemedel, pollen, födoämnen eller annat? Ja Nej

Vad och hur reagerade du? _____

Är du rökare? Ja Nej

Om ja, hur många cigaretter röker du per dag? _____

Besväras du av halsbränna eller sura uppstötningar? Ja Nej

Har du genomgått operation/narkos tidigare? Ja Nej

Har du eller en nära släkting haft problem i samband med operation/narkos? Ja Nej

Om ja, vad hände? _____

Medicinerar du mot högt blodtryck? Ja Nej

Har du haft kärlkramp, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, förmaksflimmer, pacemaker eller fel på Ja Nej

hjärtats klaffar? Om ja, vad? _____

Har du opererats för sjukdomar i dina artärer/pulsådror? Ja Nej

Har du haft stroke, TIA eller hjärnblödning? Ja Nej

Har du, någon förälder eller syskon haft blodpropp i ben eller lungor? Ja Nej

Har du någon sjukdom med ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej

Har du sömnapné syndrom/snarksjukdom Ja Nej

Medicinerar du mot astma eller KOL? Ja Nej

Har du diabetes? Ja Nej

Medicinerar du mot psykiska besvär? Ja Nej

Har du någon sjukdom i lever eller njurar? Ja Nej

Om ja vilken? _____

Har du epilepsi, MS, Parkinson eller annan neurologisk sjukdom? Ja Nej

Har du någon cancersjukdom? Ja Nej

Har du någon led-, muskel- eller ryggsjukdom? Ja Nej

Om ja, vilken? _____

För bedömning av din konditionsnivå bortsett från led- eller muskelbesvär, vilket av följande passar bäst in på dig:

- Jag springer, simmar eller motionerar regelbundet
- Jag kan gå längre sträckor utan andnöd
- Jag kan gå uppför 15 trappsteg utan andnöd, eller storstäda, skotta snö eller liknande utan andnöd
- Jag kan bara gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt, kan utföra lättare hushållsarbete som att diska/damma
- Jag blir andfådd av minsta ansträngning, rör mig bara inomhus

Har du genomgått någon operation eller behandling på sjukhus/annan vårdinrättning

utomlands under senaste 6 månaderna? Ja Nej

Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV? Ja Nej

Har du eller nära anhörig, nu eller tidigare, diagnostiserats med resistent bakterier
såsom MRSA, VRE eller ESBL? Ja Nej

Har du någon pågående infektion i kroppen? Ja Nej

Om ja, vilken, vilka symtom? _____

Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen? Ja Nej

Jag ger mitt samtycke till att Capio Movement får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle, samt att vi delger ditt hemlandsting/försäkringsbolag de medicinska uppgifter som krävs för godkännande av vård hos oss. Ja Nej

Vänligen beskriv om du har andra sjukdomar/problem eller om du har några särskilda önskemål inför ditt besök.

Läkemedelslistan ska inkludera samtliga mediciner oavsett beredningsform.

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

Underskrift _____ Datum _____

Tack för din hjälp! Detta hjälper oss att på ett säkert sätt planera och genomföra din vård hos oss.