

Fortsättning - hälsodeklaration

Hur bor du:	Villa <input type="checkbox"/>	Ensam	Hemtjänst
	Lägenhet <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Servicebostad <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Gåhjälpmedel:	Käpp <input type="checkbox"/>	Vänsterhänt <input type="checkbox"/>	Nedsatt syn eller hörsel? (markera vilket)
	Kryckor <input type="checkbox"/>		
	Rullator <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
	Annat _____	Nej <input type="checkbox"/>	
Din sysselsättning (yrke, studerande, pensionär, heltid/deltid, annat?)			
Skatta din värk i vila på en skala 0-10 Ingen värk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara värk			
Skatta din smärta i vardaglig aktivitet på en skala 0-10 Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara smärta			
Är du för tillfället sjukskriven?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du pågående tandarbete?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon pågående infektion i kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du varit i fysisk kontakt med sjukvård/tandvård utomlands de sista 12 månaderna?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, har du då varit inlagd eller fått dagvård (ex dagkirurgi, dialys)			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du en kvarliggande stomi, urinkateter eller kärlkateter?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eller nära anhörig, nu eller tidigare, diagnostiserats med resistent bakterier såsom MRSA, VRE eller ESBL?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Äter du specialkost eller har du någon matallergi? Om ja, vilken?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vilken husläkare/vårdcentral tillhör du?			Vet ej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att en sammanfattning av mitt vårdtillfälle skickas till min husläkare/vårdcentral			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att Caphio Lundby Närsjukhus får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt vårdtillfälle får sparas i en biobank och kan användas för medicinsk forskning			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Underskrift patient: _____ Datum: _____

Underskrift läkare: _____ Datum: _____