

HÄLSODEKLARATION - Inför undersökning eller operation

Namn _____

Personnummer _____

Tfn-nummer _____

Din längd _____ cm vikt _____ kg

Närmast anhörig _____

E-mailadress _____

Tfn-nummer närmast anhörig _____

 Jag samtycker till att mitt personnummer registreras i Nationellet kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård Ja Nej

 Samtycker du till att vi får tillgång till dina övriga journaler Ja Nej
Har du haft eller har du:

1. Högt blodtryck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Hjärtsjukdom (t ex hjärtinfarkt, hjärtsvikt, kärlkramp, rytmrubbningar)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Kärlsjukdom (t ex stroke, blodpropp)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Lungsjukdom (t ex astma, KOL)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
6. Njursjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
7. Leversjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
8. Blödningssjukdom (t ex får lätt blåmärken, näsblod)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
9. Epilepsi/neurologisk sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
10. Led/muskelsjukdom (t ex reumatoid artrit)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
11. Smittsam sjukdom (hepatit, HIV, MRSA)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
12. Återkommande besvär med sura uppstötningar/halsbränna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
13. Blir du lätt illamående/åksjuk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
14. Röker du?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

15. Allergi (d v s har du reagerat på t ex penicillin, lokalbedövningsmedel, värktabletter som Treo, Magnecyl, Voltaren, Ipren, plåster, djur, mat eller annat)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja: beskriv vad och hur		
16. Opererats eller fått narkos/ryggbedövning tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
17. Om ja: Var det några problem?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, beskriv problemen		
18. Sjukhusvårdats de senaste 6 månaderna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, var och varför?		
19. Om du är kvinna; är du gravid?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Har du annan upplysning, fråga eller särskilda önskemål?

Aktuella mediciner som du tar:

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll

Underskrift

Namnteckning _____

Datum _____