

Besvara alla frågor på båda sidor. Glöm inte att fylla i ditt personnummer och namn samt att skriva under blanketten. Saknas svar kan vi behöva ställa in besök/operation.

Personnummer: \_\_\_\_\_  
 Namn: \_\_\_\_\_  
 Tel hem: \_\_\_\_\_  
 Annat tel nr: \_\_\_\_\_  
*(Stryk under det nummer Du helst vill att vi använder)*  
 E-post: \_\_\_\_\_  
 Närmast anhörig:  
 Namn: \_\_\_\_\_  
 Relation: \_\_\_\_\_  
 Tel nr: \_\_\_\_\_

## HÄLSODEKLARATION

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ja                       | Nej                      |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Behöver Du tolk vid kontakter med sjukvården?<br>Om Ja, vilket språk talar Du? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| 2. Har Du eller har Du haft någon av nedanstående sjukdomar/tillstånd?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Neurologisk sjukdom (t.ex. stroke, epilepsi, MS).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Hjärt- kärlsjukdom (t.ex. hjärtinfarkt, kärlkramp).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Högt blodtryck.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Lungsjukdom (t.ex. astma, KOL).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Njursjukdom .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Leversjukdom .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Reumatisk sjukdom .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Diabetes .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Blodsmitta .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Psykiska problem (oro, ångest, depression, läkemedel/alkoholberoende) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Är det några andra besvär eller handikapp som Du vill att vi ska känna till?<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| 3. Är du tidigare opererad? Om Ja – när, för vad och på vilket sjukhus?<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| 4. Har Du <b>regelbundet</b> tagit några mediciner eller naturmedel de senaste 3 månaderna? Om Ja, vilka?<br><table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Läkemedelsnamn</th> <th style="text-align: left;">Styrka</th> <th style="text-align: left;">Dosering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> (bifoga gärna läkemedelslista) | Läkemedelsnamn           | Styrka                   | Dosering | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Läkemedelsnamn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Styrka                   | Dosering                 |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                    | _____                    |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                    | _____                    |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                    | _____                    |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| 5. Är Du allergisk/överkänslig mot någonting? (t.ex. läkemedel, livsmedel) eller får Du hudbesvär av häfta/plåster?<br>Om Ja, mot vad? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |
| Vilka besvär får Du? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                          |                          |

→ Vänd! Fler frågor på sida 2 →

## HÄLSODEKLARATION

- |                                                                                                                                                                        | Ja                       | Nej                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Röker Du?<br>Om Ja, hur mycket och sedan hur länge? _____                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har Du metallföremål inopererade? (T.ex. skruvar, plattor, spikar, pacemaker)<br>Om Ja, vad? _____                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har Du eller någon i Din släkt haft några problem i samband med narkos?<br>Om Ja, vem och vilka problem? _____<br>_____                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har Du svårt för att gå 2 – 3 våningar i trappor utan att vila?<br>Om Ja, varför? _____                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Får Du ont i bröstet vid ansträngning eller kall väderlek?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har Du hosta?                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har Du problem med andningsuppehåll under sömn?<br>Om Ja – har du speciella andningshjälpmedel t ex CPAP .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har Du magkatarr eller magsår?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har Du ofta halsbränna eller sura uppstötningar?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Får Du besvär av acetylsalicylsyra (T.ex. Trombyl, Albyl, Magnecyl, Treo)<br>eller s.k. NSAID-preparat? (Ipren, Ibumetin, Brufen, Naproxen, Orudis,<br>Diklofenak) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Har Du gallbesvär?                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Blöder Du lätt? Har Du en känd blodlevringsrubbing?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har Du lätt för att må illa? (Åksjuka? Efter ev. tidigare operation?)                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har Du kroppspiercing?<br>Om Ja – var? _____                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Använder Du kontaktlinser, hörapparat eller tandprotes?<br>Om Ja – vad? _____                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har Du sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige<br>det senaste året, i så fall var och när? _____                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Din kroppslängd \_\_\_\_\_ cm    Din vikt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum som du fyllt i hälsodeklarationen

\_\_\_\_\_  
Din Namnteckning

**Till dig som har planerad operation:**

Har Du några särskilda önskemål eller synpunkter i samband med Din operation?