

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Barnets målsman:

Namn: _____

Tel hem: _____

Annat tel nr: _____

Ev. E-post: _____

HÄLSODEKLARATION

Till dig som förälder

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Behöver du tolk vid kontakter med sjukvården?
Om Ja, vilket språk talar Du? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Är Ditt barn friskt? (Förutom det som skall opereras) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har Ditt barn haft någon allvarlig sjukdom?
(<i>T ex Hjärtfel, diabetes, astma, njursjukdom, leversjukdom, krampsjukdom</i>)
Om Ja, vilken? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har Ditt barn besvär med luftrören? Hosta? Krupp? _____
Kommentar? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har Ditt barn någon regelbunden medicinering och/eller tagit mediciner de senaste 2 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Läkemedelsnamn | Styrka | Dosering |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| (bifoga gärna läkemedelslista) | | |
| 6. Har Ditt barn tidigare blivit sövt och/eller opererats?
Om Ja – när, för vad och på vilket sjukhus?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har Ditt barn, Du eller någon i Din släkt haft några problem i samband med narkos? Om Ja – vilka? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Är Ditt barn allergiskt/överkänsligt
Om Ja, mot vad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har ditt barn lätt för att må illa? (Åksjuka? Efter ev. tidigare operation?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har Ditt barn lösa tänder? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Var god vänd!

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Har Ditt barn glasögon/kontaktlinser? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har Ditt barn kroppspiercing? Om Ja- var? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har Ditt barn sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige
det senaste året, i så fall var och när? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Är det något annat Du vill meddela eller be oss om?

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Barnets kroppslängd _____ cm Barnets vikt _____ kg

Datum

Förälderns namnteckning