VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
NU-SJUKVÅRDEN

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? _____	☐	☐
2. Är Ditt barn friskt? (Förutom det som skall opereras)	☐	☐
3. Har Ditt barn haft någon allvarlig sjukdom? *(T ex Hjärtfel, diabetes, astma, njursjukdom, leversjukdom, krampsjukdom)* Om Ja, vilken? _____	☐	☐
4. Har Ditt barn besvär med luftrören? Hosta? Krupp? _____ Kommentar? _____	☐	☐
5. Har Ditt barn någon regelbunden medicinering och/eller tagit mediciner de senaste 2 månaderna?	☐	☐

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? _____	☐	☐
7. Har Ditt barn, Du eller någon i Din släkt haft några problem i samband med narkos? Om Ja – vilka? _____	☐	☐
8. Är Ditt barn allergiskt/överkänsligt Om Ja, mot vad? _____	☐	☐
9. Har ditt barn lätt för att må illa? (Åksjuka? Efter ev. tidigare operation?)	☐	☐
10. Har Ditt barn lösa tänder? _____	☐	☐

Var god vänd!

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

_____

Barnets kroppslängd _____ cm Barnets vikt _____ kg

_____ _____

Datum Förälderns namnteckning