

Namn \_\_\_\_\_

Personnr \_\_\_\_\_

## Frågeformulär inför din undersökning

Ta med formuläret ifyllt till undersökningen, tack! Om du fått en digital kallelse kan du fylla i ett formulär då du kommer till mottagningen.

- **Vilken undersökning ska du göra?**

gastroskopi  koloskopi  sigmoideoskopi

- **Samtycker du till att eventuella prover sparas för vård och behandling?**  JA  NEJ

- **Behandlas du med blodförtunnande medicin?**

JA  NEJ Om JA, vilken sort? \_\_\_\_\_

Om JA, har du gjort uppehåll? Hur länge? \_\_\_\_\_

- **Om du är kallad för en koloskopi/sigmoideoskopi, vilka laxeringsmedel har du tagit?**

Toilax  Plenvu  Klyx  Laxabon  Picoprep

- **Har du pacemaker eller ICD?**

JA  NEJ Om JA, vilken sort? \_\_\_\_\_

- **Har du någon känd blodsmitta?**

JA  NEJ Om JA, vilken? \_\_\_\_\_

- **Har du någon läkemedelsallergi?**

JA  NEJ Om JA, vilken? \_\_\_\_\_

- **Har du grön starr (förhöjt ögontryck)?**  JA  NEJ

- **För kvinnlig patient: Är du gravid?**  JA  NEJ

- **Ska du köra bil på undersökningdagen?**  JA  NEJ

- **Samtycker du till SMS-påminnelse?**  JA  NEJ

Aktuellt telefonnummer: \_\_\_\_\_