

Hälsodeklaration

För att våra journalhandlingar skall vara aktuella ber vi Dig fylla i nedanstående

Namn:

Personnummer:

Telefonnr:

Accepterar du kontakt via tfn/sms Ja Nej

Alla uppgifter, som du lämnar nedan är journaluppgifter och således sekretessbelagda.

1. Känner Du Dig fullt frisk? Ja Nej

Om svaret är nej, ange sjukdom eller besvär:

.....
.....
.....

2. Är Du under läkarbehandling för övrigt? Ja Nej

3. Är Du rökare/snusare? Ja Nej

Har Du eller har Du haft:

4. Hjärt- eller kärlsjukdomar? Ja Nej

5. Blod- eller blodtryckssjukdomar? Ja Nej

6. Blodsmitta Ja Nej

7. Ökad blödningsbenägenhet Ja Nej

8. Diabetes? Ja Nej

9. Astma/andningsbesvär? Ja Nej

10. Reumatisk sjukdom? Ja Nej

11. Njursjukdom? Ja Nej
12. Allergi/Överkänslighet? Ja Nej
Om svaret är ja, ange för vad:
.....
.....
.....
13. Har du strålbehandlats Ja Nej
14. Är du gravid? Ja Nej
15. Använder du någon medicin? Ja Nej
(OBS även p-piller och naturläkemedel)
Om svaret är ja ange vilka eller bifoga läkemedelslista
.....
.....
.....
16. Har du behandlats för benskörhet? Ja Nej
17. Har du konstgjord led, hjärtklaff, pacemaker eller liknande inopererad? Ja Nej
18. Övrigt:
.....
.....
.....
19. Har du tidigare besökt denna mottagning? Ja Nej
20. Tillåter du att vi lämnar information om din behandling till berörd tandläkare eller läkare? Ja Nej
21. Får vi inhämta nödvändig information från berörd tandläkare eller läkare? Ja Nej
22. Tillåter du att vi får använda avidentifierad bild/foto för utbildning eller forskning? Ja Nej
23. Har du vårdats på sjukhus senaste året? Ja Nej

Datum:**Underskrift:**