

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

4. Yrke

Har Du eller har Du haft:

5. Hjärt- eller kärlsjukdomar? Ja Nej

6. Blod- eller blodtryckssjukdomar? Ja Nej

7. Blodsmitta Ja Nej

8. Ökad blödningsbenägenhet Ja Nej

9. Diabetes? Ja Nej

10. Astma/andningsbesvär? Ja Nej

11. Reumatisk sjukdom? Ja Nej



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

Datum:**Underskrift:**