
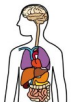








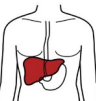






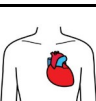
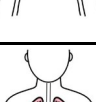
# رعاية الأسنان . Tandvård

## أقرار صحي

### Hälsodeklaration

Namn:	الاسم تاريخ الميلاد والرقم الشخصي	
Adress:	العنوان	
Telefon:	هاتف	
Vi vill att du besvarar följande frågor:	نريد أن تجيب على الأسئلة التالية :	
Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	أنا معافى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
Jag är allergisk mot:	أعاني من حساسية من:	
Jag har följande mediciner:	أتعاطى الأدوية التالية:	
Jag går hos läkare:	أراجع الطبيب:	

Jag är:	انا :	
<input type="checkbox"/> strålbehandlad	<input type="checkbox"/> أعالج بالإشعاع	
<input type="checkbox"/> transplanterad	<input type="checkbox"/> خضعت لزراعة عضو	
<input type="checkbox"/> gravid	<input type="checkbox"/> حامل	
<input type="checkbox"/> rökare/snusare	<input type="checkbox"/> مدخن / أستخدم السنوس	

Jag har eller har haft:	أعاني أو كنت أعاني من:	
<input type="checkbox"/> hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> معاناة في القلب	
<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck	<input type="checkbox"/> ضغط دم مرتفع أو منخفض	
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> سكري	
<input type="checkbox"/> magbesvär	<input type="checkbox"/> معاناة معوية	
<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär	<input type="checkbox"/> معاناة كبد أو المرارة	
<input type="checkbox"/> njursjukdom	<input type="checkbox"/> مرض كلوي	
<input type="checkbox"/> blödningsjukdom	<input type="checkbox"/> مرض النزيف	
<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> مرض روماتيزم	
<input type="checkbox"/> epilepsi	<input type="checkbox"/> صرع	
<input type="checkbox"/> tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> مرض سرطاني	
<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)	<input type="checkbox"/> عدوى دم، فيروس المناعة البشرية المكتسبة (هو أي في)، التهاب الكبد	
<input type="checkbox"/> konstgjorda hjärtklaffar, <input type="checkbox"/> höftleder eller andra implantat/transplantat	<input type="checkbox"/> صمامات قلب اصطناعية، مفاصل الورك أو أعضاء مزروعة <input type="checkbox"/> أخرى / عضو مزروع	
<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC	<input type="checkbox"/> مرض رئوي / مرض السل	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

