
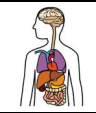








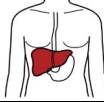
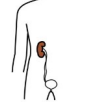





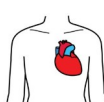
د غاښو کلینیک • Tandvård

د روغتیا راپورټ

Hälsodeklaration

Namn:	نوم:	
Personnummer:	پستی شمیر:	
Adress:	پته:	
Telefon:	تلیفون	
Vi vill att du besvarar följande frågor:	غواړو چې تاسی لاندنی پوښتنی ته ځواب را کی:	
Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	زه روغ یم <input type="checkbox"/> بلی، هو <input type="checkbox"/> نه، یه	
Jag är allergisk mot:	زه د دغه شیانو سره حساسیت لرم:	
Jag har följande mediciner:	زه لاندنی دواگان لرم:	
Jag går hos läkare:	زه دغه ډاکټر ته زم:	

Jag är:	زما صحی حالت داسی دی:	
<input type="checkbox"/> strålbehandlad	<input type="checkbox"/> شعاعی معالجه شوی یم	
<input type="checkbox"/> transplanterad	<input type="checkbox"/> پیوندی بدنې عضو لرم	
<input type="checkbox"/> gravid	<input type="checkbox"/> حامله یمه	
<input type="checkbox"/> rökare/snusare	<input type="checkbox"/> سگریټ کښ / نسواری	

Jag har eller har haft:	زه دا تکلیف لرم یا می درلودلی دی:	
<input type="checkbox"/> hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> د زړه تکلیف	
<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck	<input type="checkbox"/> د وینې فشار لوړ یا ټیټه	
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> د قند ناروغی	
<input type="checkbox"/> magbesvär	<input type="checkbox"/> د معدی تکلیف	
<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär	<input type="checkbox"/> د ځگر یا صفراوی تکلیف	
<input type="checkbox"/> njursjukdom	<input type="checkbox"/> د پښتورگی تکلیف	
<input type="checkbox"/> blödningsjukdom	<input type="checkbox"/> د خونریزی تکلیف	
<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> د روماتیزم ناروغی	
<input type="checkbox"/> epilepsi	<input type="checkbox"/> میرگی، صرع	
<input type="checkbox"/> tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> د تومور ناروغی	
<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)	<input type="checkbox"/> د وینې ناروغی، اچ، آی، وی، هیپاتیت	
<input type="checkbox"/> konstgjorda hjärtklaffar, <input type="checkbox"/> höftleder eller andra	<input type="checkbox"/> د زړه مصنوعی والونه، مصنوعی ورکی مفصلونه یا نور پیوندی غړی	
<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC	<input type="checkbox"/> د سږی ناروغی / سل (تبرکلوز)	