









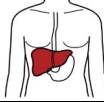
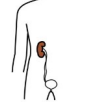





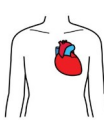
خدمات دندانپزشکی . Tandvård

اظهار نامه تندرستی

Hälsodeklaration

Namn:	اسم	
Personnummer:	شماره شناسائی فردی	
Adress:	آدرس	
Telefon:	تلفن	
Vi vill att du besvarar följande frågor:	به سوالات زیر پاسخ دهید:	
Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	من سالم هستم <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
Jag är allergisk mot:	من نسبت به حساسیت دارم.	
Jag har följande mediciner:	من داروهای زیر را مصرف می کنم:	
Jag går hos läkare:	من با دکتر تماس دارم:	

Jag är:	موارد زیر برای من انجام شده:	
<input type="checkbox"/> strålbehandlad	<input type="checkbox"/> پرتو درمانی	
<input type="checkbox"/> transplanterad	<input type="checkbox"/> عمل پیوند	
<input type="checkbox"/> gravid	<input type="checkbox"/> باردار	
<input type="checkbox"/> rökare/snusare	<input type="checkbox"/> سیگاری هستم/اسنوس (نسوار) مصرف میکنم	

Jag har eller har haft:	من بیماری ها یا ناراحتی زیر را دارم یا داشته ام:	
<input type="checkbox"/> hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> ناراحتی قلبی	
<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck	<input type="checkbox"/> فشارخون بالا یا پایین	
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> مرض قند (دیابت)	
<input type="checkbox"/> magbesvär	<input type="checkbox"/> ناراحتی معده	
<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär	<input type="checkbox"/> ناراحتی کبد یا صفرا	
<input type="checkbox"/> njursjukdom	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی	
<input type="checkbox"/> blödningsjukdom	<input type="checkbox"/> بیماری خونی	
<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> روماتیسم	
<input type="checkbox"/> epilepsi	<input type="checkbox"/> صرع	
<input type="checkbox"/> tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> بیماری غدد	
<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)	<input type="checkbox"/> بیماری مُسری خون، اچ.آی.وی، هپاتیت	
<input type="checkbox"/> konstgjorda hjärtklaffar, <input type="checkbox"/> höftleder eller andra implantat/transplantat	<input type="checkbox"/> دریچه مصنوعی قلب، پروتز لگن خاصره یا سایر قطعات کاشته یا پیوندی	
<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC	<input type="checkbox"/> بیماری ریوی/ سیل	