
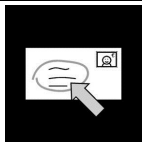



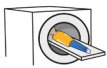
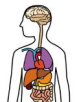















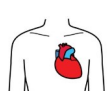
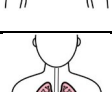
ከንክን ጥዕና አሰናገግ · Tandvård

ዘርዘር ጸብጸብ ጥዕና

Hälsodeklaration

	ስም መንነት ቁጽርኻ	Namn:
	አድራሻኻ	Adress:
	ስልኪ	Telefon:
ነዘም ዝስዕቡ ሕቶታት መልስ		Vi vill att du besvarar följande frågor:
	አነ ጥዑይ እየ <input type="checkbox"/> እወ <input type="checkbox"/> ኖኖእ	Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	አነ አለርጂክ ን:	Jag är allergisk mot:
	እዘም ዝስዕቡ መድሃኒታት አለዉኒ:	Jag har följande mediciner:
	ምስ ሓኪም ርክብ አለኒ:	Jag går hos läkare:

	አነ:	Jag är:
	<input type="checkbox"/> ራጂ ተገቢሩላይ አሎ	<input type="checkbox"/> strålbehandlad
	<input type="checkbox"/> ሓደ አካል	<input type="checkbox"/> transplanterad
	<input type="checkbox"/> ጥንሲ	<input type="checkbox"/> gravid
	<input type="checkbox"/> ሰታይ ሽጋራ/ቁሐም ትመባኸ	<input type="checkbox"/> rökare/snusare

	አነ አለኒ ወይ ኔሩኒ	Jag har eller har haft:
	<input type="checkbox"/> ጸገም ናይ ልቢ	<input type="checkbox"/> hjärtbesvär
	<input type="checkbox"/> ብዝሒ ደም ወይ ዋሕዲ ደም	<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck
	<input type="checkbox"/> ሕማም ሽኩርያ	<input type="checkbox"/> diabetes
	<input type="checkbox"/> ናይ ከስዐ ጸገማት	<input type="checkbox"/> magbesvär
	<input type="checkbox"/> ጸገም ጸላም ከብዲ ወይ ጸገም ናይ ሓሞት	<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär
	<input type="checkbox"/> ሕማም ኩሊት	<input type="checkbox"/> njursjukdom
	<input type="checkbox"/> ሕመም ናይ ምፍሳስ ደም	<input type="checkbox"/> blödningsjukdom
	<input type="checkbox"/> ሕማም ቅርጠማት	<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom
	<input type="checkbox"/> ሕማም ባሬያ	<input type="checkbox"/> epilepsi
	<input type="checkbox"/> ናይ ጥረ ሕማም	<input type="checkbox"/> tumörsjukdom
	<input type="checkbox"/> ብደም ዝተሓለፍ ሕማማት፤ኤች ኣይቪ፤ወይቦ	<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)
	<input type="checkbox"/> ብሱብ ዝተሰርሑ መዓዶ ልቢ፤ ዓረር ምሕሉልትን፤ወይ ካልኣትን/ ዝተዋህቡ ኣካላትን	konstgjorda hjärtklaffar, <input type="checkbox"/> höftleder eller andra implantat/transplantat
	<input type="checkbox"/> ሕማማት ሳምቡእ/ዓባይ ሰዓል	<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC

