

Hälsodeklaration

För patienter som ska genomgå undersökning i narkos hos Aleris Endoskopi & Gastro

Inför din undersökning eller behandling behöver vi information om ditt hälsotillstånd och vi ber dig besvara samtliga frågor. Preciser gärna under "kommentar" och använd baksidan om det inte får plats. Skicka in i din hälsodeklaration i det färdigfrankerade kuvertet inom två veckor (annars skickas remissen tillbaka).

Personnummer: Namn:

Namn och telefonnummer till anhörig:

Längd: cm Vikt: kg Röker du? Ja Nej

Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar:

	Ja	Nej	Kommentarer
Hjärtinfarkt/stroke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kärlkramp i bröstet/benen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjärtsvikt/hjärtrytmrubbning/pacemaker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Högt blodtryck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma, bronkit, annan lungsjukdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Njursjukdom/nedsatt njurfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blödningsbenägenhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blodpropp i ben/lunga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smittsam sjukdom, t ex MRSA, hepatit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tidigare fått narkos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Var det då några problem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Går du på kontroller för någon sjukdom? Om ja, ange för vad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Är du gravid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner du dig fullt frisk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du någon metall inopererad? Om ja, vilken sida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samtycker du till att vi tar del av journalanteckningar från andra vårdinrättningar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aktuell medicinering

.....

.....

.....

.....

Datum: Namnteckning: