

Hälsodeklaration

Aleris Elisabethsjukhuset

Detta formulär ligger till grund för den journal, som kommer att upprättas vid ditt besök till sjukhuset. **Fyll i båda sidor noggrant!** Fullständigt ifyllt Hälsodeklaration ligger till grund för en säker bedömning.

Namn:

Personnr:

Tel:

Dagens datum _____ Längd _____ cm Vikt _____ kg Yrke _____

Jag är: Högerhänt Vänsterhänt

Har Du haft, eller har Du någon av följande sjukdomar:

Precisera och ange årtal om möjligt:

Hjärt/kärlsjukdom? Nej Ja.....

Hjärtinfarkt/kärlkramp? Nej Ja.....

Pacemaker/ICD eller annan inopererad nervstimulator? Nej Ja

Högt blodtryck? Nej Ja.....

Astma eller annan lungsjukdom ex.vis KOL Nej Ja.....

Röker du? Nej Ja Hur mycket?.....

Nerv- eller muskelsjukdom? Nej Ja

Ledsjukdom ex reumatism? Nej Ja Vad?.....

Är gapförmågan nedsatt? Nej Ja.....

Är du stel i nacken? Nej Ja.....

Diabetes eller annan endokrin sjukdom? Nej Ja.....

Tidigare blodpropp? Nej Ja.....

Behandling Kost Tablett Insulin

Njursjukdom? Nej Ja.....

Leversjukdom? Nej Ja.....

Ökad blödningsbenägenhet el blodsjukdom? Nej Ja.....

Blodsmitta? (HIV, Hepatit B, C, eller annat) Nej Ja.....

Kronisk infektionssjukdom (MRSA, VRE el ESBL)? Nej Ja

Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt? Nej Ja.....

Epilepsi? Nej Ja Debut år?.....

- Psykisk sjukdom/ Fobi? Nej Ja
- Har Du eller har Du tidigare haft missbruksproblem? Nej Ja
- Har du skör eller känslig hud? Ex eksem, psoriasis? Nej Ja
- Lider du av andra sjukdomar än de som listats ovan ex.vis någon ärftlig sjukdom? Nej Ja Redogör kortfattat

- Har Du behov av specialkost? Nej Ja Om Ja, vilken
- Är Du gravid? Nej Ja Om Ja, vilken vecka
- Har du det senaste halvåret varit inlagd på sjukhus? Nej Ja Om ja, ange vad/var.....

- Har Du blivit opererad tidigare? Nej Ja Redogör kortfattat.....

Mediciner:

Tar du någon medicin regelbundet? Ange även smärtstillande och blodförtunnande.

Namn

.....

Nej JA Alt bifoga ev aktuell läkemedelslista:

Styrka

Dosering

.....

Allergi eller överkänslighet mot **läkemedel**: (ex.vis Antibiotika, Acetylsalicylsyra, kontrastmedel, lokalbedövning m.m.)

Nej Ja Vad?.....

Övrig allergi eller överkänslighet: (Ex.vis Latex, jordnötter eller andra födoämnen)

Nej Ja Vad?.....

Har Du eller någon i familjen haft något problem i samband med narkos eller bedövning?

Nej Ja Vilket?

Vilket är det mål Du helst vill uppnå med dagens läkarbesök och eventuell efterföljande behandling?

.....

Har du någon som kan hjälpa dig hemma efter en eventuell operation?

Nej Ja.....

Närmast anhörig

Tel

Denna hälsodeklaration är ifylld av:.....

.....