

MIN HÄLSA

Behöver du tolk? Nej Ja, språk:

Namn: Personnummer:

Mejl: Datum (då du fyller i formuläret):

Telefon/mobil: Telefon arbete:

Namn på anhörig: Telefon anhörig:

Till patienten:

Vi vill att du fyller i detta formulär inför ditt planerade besök. De svar du ger används för att du ska få en vård som passar just dig.

Svaren är givetvis sekretessbelagda.

Har du eller har du haft:

	Nej	Ja	Har haft
Stroke (blödning/propp i hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, när:
Diabetes ("sockersjuka")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, när:
Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fel i hjärtats klaffar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opererat klaffar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, när:
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnapné syndrom som CPAP-behandlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malign hypertermi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porfyri ("Arjeplogssjukan/släktsjukan")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödningsbenägenhet, blött mycket vid skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smittsam blodsjukdom ex, gulsot, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi eller krampsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsesjuka (åksjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opererats för diskbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär med sura uppstötningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genomgått annan ryggoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med hörseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med axlar/rygg/höft/knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem att gapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga sjukdomar:

Är du överkänslig mot:

Nej	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfektionsmedel?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalbedövningsmedel?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat?	

Har du något så kallat implantat:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICD?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacemaker?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spik, skruv, platta, metallprotes etc?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du avtagbara tandersättningar, proteser, delproteser eller liknande?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du någon svag eller lös tand?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piercing eller annat?
		Var då?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du ringar som inte går att ta av? (Vi tar i så fall bort dem före operationen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du varit behandlad av sjukvården eller motsvarande utanför Sverige (även Norden) de senaste sex månaderna?

Längd:

Vikt:

