

# Hälsodeklaration

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_

E-postadress: \_\_\_\_\_

**Har du eller har du haft något av följande? (Var god kryssa i rätt alternativ)**

Allergier? (Tex läkemedel, födoämnen, nickel, latex, plåster) Ja  Nej

Hjärtsjukdom? (Tex hjärtinfarkt, hjärtsvikt, rytmrubbning, pacemaker, klaffel) Ja  Nej

Högt blodtryck eller blodtrycksbehandling? Ja  Nej

Onormal andfåddhet eller bröstsmärta vid ansträngning? Ja  Nej

Lungsjukdom? (Tex astma, KOL, sömnapné) Ja  Nej

Testat positivt för Covid-19? Om ja, när? \_\_\_\_\_ Ja  Nej

Blödningssjukdom? Ja  Nej

Blodpropp eller ärftlighet för? Ja  Nej

Stroke eller någon neurologisk sjukdom? (Tex epilepsi, MS, Parkinson) Ja  Nej

Diabetes? Tablett- eller insulinbehandlad? \_\_\_\_\_ Ja  Nej

Led- eller muskelsjukdom? Ja  Nej

Njur- eller leversjukdom? Ja  Nej

Övriga sjukdomar? \_\_\_\_\_ Ja  Nej

Tidigare operationer? \_\_\_\_\_ Ja  Nej

Metall inopererad? Ja  Nej

Har du eller en släkting haft problem i samband med narkos eller bedövning? Ja  Nej

Om ja, vad? \_\_\_\_\_

Röker eller snusar du? Ja  Nej

Sura uppstötningar eller bräck på magmunnen? Ja  Nej

Nackproblem eller svårt att gapa? Ja  Nej

Blodsmitta eller multiresistenta bakterier? Ja  Nej

Vårdats utomlands de senaste 6 månaderna? Ja  Nej

Var god vänd.

**Aktuella läkemedel**

Namn:

Styrka:

Dos/antal tabletter per dag:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Anhörigs kontaktuppgifter**

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Får vi berätta att du vårdas hos oss om någon skulle fråga?

Ja  Nej 

Jag godkänner att delta i eventuellt kvalitets/biobanksregister.

Ja  Nej 

Jag godkänner att Capio Gastro Center får rekvirera journalkopior från andra vårdgivare eller läsa i NPÖ om det är relevant för min behandling och omvårdnad.

Ja  Nej 

Kan vi skicka eventuell sjukskrivning elektroniskt?

Ja  Nej 

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_