

## Hälsodeklaration inför operation eller undersökning

Kryssa i Ja eller Nej. Ringa in lämpligt alternativ Om Ja, kommentera vid behov med egna ord.

* = Ditt barn	NEJ JA		NEJ JA	NEJ JA	
Har DU* någon hjärtsjukdom? Ex. kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud			Är DU* tidigare sjukhusvårdad? För vad? När?		
Har DU* högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?			Är DU* opererad tidigare? För vad?		
Blir DU* onormalt andfädd eller får Du ont i bröstet vid ansträngning?			Har DU* fått narkos eller ryggbedövning tidigare?		
Har DU* någon lungsjukdom? Ex. astma, KOL			Har DU* eller någon nära släkting haft problem vid narkos? Vad?		
Röker DU? Om ja, hur mycket?			Blöder DU* lätt eller ovanligt länge vid små sår eller tandläkarbehandling?		
Har DU* diabetes? Kost-, tablett-, eller insulinbehandlad?			Har du problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen?		
Har DU* någon njursjukdom?			Har DU* nackproblem?		
Har DU* någon lever- eller gallsjukdom?			Har DU* svårt att gapa?		
Har DU* någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? Ex reumatism, epilepsi, MS			Har DU* haft blodpropp? Var?		
Har DU* någon sjukdom som smittar via blodet? Ex. HIV, hepatit			Är DU* överkänslig mot läkemedel eller något annat? Vilka?		
Blir DU* lätt åksjuk?			Har DU* någon annan sjukdom? Vilken?		

Längd.....cm	Vikt.....kg	Har du fått vård utanför länet eller utomlands det senaste året? JA <input type="checkbox"/> I så fall Var? NEJ <input type="checkbox"/>
Namn på närmast anhörig och relation.....		Nås på tel..nummer.....
Mobilnummer.....Alt. tel. nummer.....		
Mail.....		
Jag accepterar att bli kontaktad per telefon på ovanstående nummer för att få information om resultat av genomförda undersökningar ev. operationsplanering samt att få SMS-påminnelser.		JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Skriv i Dina mediciner, ange namn, styrka och dosering på <b>ALLA LÄKEMEDEL</b> Du använder, även ögondroppar, receptfria läkemedel och naturläkemedel i tabellen på nästa sida/baksidan		
Annat viktigt, övrig information skriver Du i på nästa sida/baksidan på hälsodeklarationen		

NAMN.....FÖDELSENUMMER.....

DATUM .....UNDERSKRIFT.....

