

Hälsodeklaration



Ainnova Kirurgi

Namn	Personnummer -	Telefonnummer
------	-------------------	---------------

Längd (cm)	Vikt (kg)
------------	-----------

Anhörig; namn och telefonnummer

Har du haft eller har du någon av följande sjukdomar? (ringa in vid fler val)

	Nej	Ja
Hjärtinfarkt, hjärtsvikt, förmaksflimmer, pacemaker, fel på hjärtats klaffar eller kärlsjukdom i artärer (pulsådror)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke, TIA eller hjärnblödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinbehandlad diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malign hypertermi, porfyri eller ärftlig muskelsjukdom (hos dig eller nära släkting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi, MS, Parkinson, Myasteni eller annan neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma/KOL/annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablett- eller kostbehandlad diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodsmitta (ex. Hepatit, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom/fobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsbränna/refluxsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du något metallimplantat i kroppen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

