



## Hälsodeklaration

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)

	Ja
Hjärtinfarkt, hjärtsvikt, förmaksflimmer, pacemaker	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>
Insulinbehandlad diabetes	<input type="checkbox"/>
Tablett eller kostbeh diabetes	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>
Astma/ KOL/ annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>
Ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>
Blodsmitta (ex. Hepatit, HIV)	<input type="checkbox"/>
Äter Du blodförtunnande läkemedel?	<input type="checkbox"/>

**Har Du tidigare opererats i buken/ underlivet?**

---

---

Har du något metallimplantat i kroppen? Tex. skruv/platta/ stift/ protes. Tandimplantat, metallflisa i ögat?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

**Äter Du några läkemedel? Fyll i nedan.**

Namn	Styrka	Dosering

Har du någon allergi/ överkänslighet mot några läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om ja, mot vad och vilka symtom har du fått?		

<input type="checkbox"/> Jag röker	<input type="checkbox"/> Jag har slutat röka
<input type="checkbox"/> Jag snusar	
<input type="checkbox"/> Jag dricker alkohol	

Har du tolkbehov?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om ja, ange vilket språk		

Jag ger mitt samtycke till att Ainnova Kirurgi/urologi får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

**Ovanstående uppgifter intygas**

Datum	Namnförtydligande
-------	-------------------