

Hälsodeklaration

Namn: Personnummer: Längd:
 Telefonnummer: Yrke: Vikt:
 E-postadress:

Har du eller har du haft något av följande? (Var god ringa in 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? 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 någon släkting haft problem i samband med narkos eller bedövning?	Ja	Nej
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 GHP 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: