

# HÄLSODEKLARATION

## KÄKKIRURGI I HÖLLVIKEN

Namn:

Pers.-nr:

Har du för närvarande eller har du haft följande sjukdomar?

JA	NEJ	HAR HAFT		JA	NEJ	HAR HAFT	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hjärtbesvär/hjärtsjukdom Vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA (sjukhussjuka)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	förhöjt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blodsmitta (hepatit, HIV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leversjukdom/hepatit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuberkulos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	magkatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes, insulinberoende
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ledsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes, ålders-
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blödarsjuka
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	övrigt _____

Har du någon gång behandlats med:

JA	NEJ		JA	NEJ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hjärtklaffsoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	strålbehandling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cytostatika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	organtransplantation/ledprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	antikoagulantia (t ex Waran, Plavix, Clopidogrel)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bisfosfonater (t ex Fosamax, Alenat, Alendronat)

JA NEJ Är du allergisk / överkänslig mot något, t ex mot läkemedel? Ange mot vad .  
  \_\_\_\_\_

JA NEJ Intar du nu några mediciner? Om ja, vilka?  
  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JA NEJ Brukar du blöda ovanligt länge efter ett skärsår? Får du lätt blåmärken?

JA NEJ Har du under de senaste 6 månaderna vistats eller arbetat på sjukhus utanför  
  Sverige?

JA NEJ Röker du?  
  Antal cigaretter / dag \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Namnteckning \_\_\_\_\_