

Hälsodeklaration för patienter vid ortopedkliniken

Patientens namn och
personnummer

Ta med ifylld hälsodeklaration till
OBS! även om du nyligen lämnat in en sådan

Har du haft eller har du någon av följande sjukdomar?

	Nej	Ja	Behandling, årtal, sjukhus
Hjärtsjukdom	☐	☐	(om ja, besvara de 5 nästa punkterna)
- hjärtinfarkt	☐	☐	
- kärlkramp	☐	☐	
- hjärtsvikt	☐	☐	
- klafffel	☐	☐	
- annan hjärtsjukdom	☐	☐	
Högt blodtryck	☐	☐	
Astma/kronisk luftrörskatarr	☐	☐	
Annan lungsjukdom	☐	☐	
Njursjukdom	☐	☐	
Lever sjukdom/gallvägssjukdom	☐	☐	
Halsbränna	☐	☐	
Blodsjukdom	☐	☐	
Ökad blödningsbenägenhet	☐	☐	
Blodpropp (ben eller lunga)	☐	☐	
Blodsmitta (HIV, gulsot, annat)	☐	☐	
Infektionssjukdom	☐	☐	
Nerv- eller muskelsjukdom	☐	☐	
Stroke (hjärnblödning/-infarkt)	☐	☐	
Psykisk sjukdom/fobi	☐	☐	
Epilepsi	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	Behandling: Kost ☐ Tabl ☐ Insulin ☐
Sköldkörtelsjukdom	☐	☐	
Kronisk smärta	☐	☐	
Ledsjukdom/Reumatoid artrit	☐	☐	
- stel i nacken	☐	☐	
- svårt att gapa	☐	☐	
Tandproteser	☐	☐	
Allergi mot: Penicillin	☐	☐	
Acetylsalicylsyra	☐	☐	
Lokalbedövningsmedel	☐	☐	
Annan allergi	☐	☐	
Hudproblem, eksem, psoriasis, sår, utslag	☐	☐	

Har du någon annan sjukdom än de ovanstående: Nej ☐ Ja ☐ (Om ja, redogör kortfattat)

.....

.....

.....

.....

Var god vänd →

Hälsodeklaration för patienter vid ortopedkliniken

Har du blivit opererad tidigare? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, ange operation, årtal och sjukhus:

.....
.....

Har du undersökts eller opererats på denna klinik tidigare? Nej ☐ Ja ☐ Senast år:

Tar du någon medicin regelbundet? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, skriv medicinerna nedan.

Namn på medicinen:

Styrka:

Dosering och klockslag:

.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Har du tagit kortison under senaste året?

Nej ☐ Ja ☐

Tar du blodförtunnande medicin?

Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilken?

Röker du?

Nej ☐

Ja ☐

Hur många cig/dag? Sedan när?

Snusar du?

Nej ☐

Ja ☐

Hur mycket? Sedan när?

Har du rökt tidigare?

Nej ☐

Ja ☐

Hur många år? Slutade år?

Har du tidigare fått narkos eller bedövning? Nej ☐ Ja ☐ Vilken och när?

Har du haft problem vid narkos och/eller bedövning tidigare (t ex illamående)?

Nej ☐ Ja ☐ Vad hände?

.....

Finns någon ärftlig sjukdom i din släkt som givit upphov till allvarliga komplikationer vid narkos och

bedövning? Nej ☐ Ja ☐ Vad hände?

.....

Din längd: cm

Din vikt kg

Behövs tolk?

Nej ☐

Ja ☐

Vilket språk?

Bor Du ensam?

Nej ☐

Ja ☐

(Besvaras av dagkirurgiska patienter)

Telefonnummer som vi kan nå dig på:

Anhörigs namn och telefonnummer dagtid:

.....

Övriga viktiga upplysningar om dig själv:

.....
.....
.....