

Hälsodeklaration Ryggkirurgiskt centrum

Namn	Personnummer		
Mobil	Hemtelefon	E-post	
Namn och telefonnummer till din närmaste anhörig			
Sysselsättning	Sjukskriven? Nej Ja	Vikt: kg	Längd: cm
Aktuell husläkare/mottagning	Var har du gjort din senaste magnetröntgen		

Har du eller har du haft:

- | | | | |
|--|-----|----|-----------------------|
| 1. Hjärt- / kärlsjukdom | Nej | Ja | Vad..... |
| 2. Högt blodtryck | Nej | Ja | |
| 3. Astma/annan lungsjukdom ex KOL | Nej | Ja | Vad |
| 4. Rökare? | Nej | Ja | Antal dag |
| 5. Nyligen slutat röka | Nej | Ja | När |
| 6. Diabetes och ev. behandling (ringa in) | Nej | Ja | Kost tablett Insulin |
| 7. Blödningsrubbnig | Nej | Ja | Vad |
| 8. Stroke (blödning/propp i hjärnan) | Nej | Ja | Vad/när..... |
| 9. Tidigare blodpropp | Nej | Ja | Var |
| 10. Epilepsi eller annan krampsjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 11. MS /annan neurologisk sjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 12. Njursjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 13. Leversjukdom / gulsot | Nej | Ja | Vad |
| 14. Magsäckssjukdom / sura uppstötningar | Nej | Ja | Vad |
| 15. Reumatisk sjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 16. Annan sjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 17. Ärftlig sjukdom | Nej | Ja | Vad |
| 18. Psykiska besvär | Nej | Ja | Vad |
| 19. Snarkare med andningsuppehåll
CPAP/BIPAP/Bettskena | Nej | Ja | Hjälpmedel: |
| 20. Tidigare vård / operation på sjukhus | Nej | Ja | Vad |
| 21. Problem vid tidigare narkos / bedövning | Nej | Ja | Vad |
| 22. Har du läkemedelsallergi | Nej | Ja | Mot vad |
| 23. Allergi / överkänslighet mot något annat | Nej | Ja | Mot vad |
| 24. Smittsam blodsjukdom / sjukdom | Nej | Ja | Vilken |
| 25. Har du haft kontakt med sjukvård eller tandvård
utomlands (de senaste 6 månaderna) | Nej | Ja | Var |
| 26. <u>Orkar</u> du gå upp för två trappor utan paus? (ej pga smärta) | Nej | Ja | Om Nej, varför? |
| 27. Om det behövs, får vi då ta del av relevant journalhandling från andra vårdinrättningar?
(ex sjukhus vårdcentral) | Nej | Ja | |
| 28. Specialkost/allergi | Nej | Ja | Specificera |
| 29. Har du någonsin odlat positiv för Covid-19 infektion | Nej | Ja | När? |

VAR GOD VÄND SIDA

Aktuella läkemedel: Styrka Antal dag

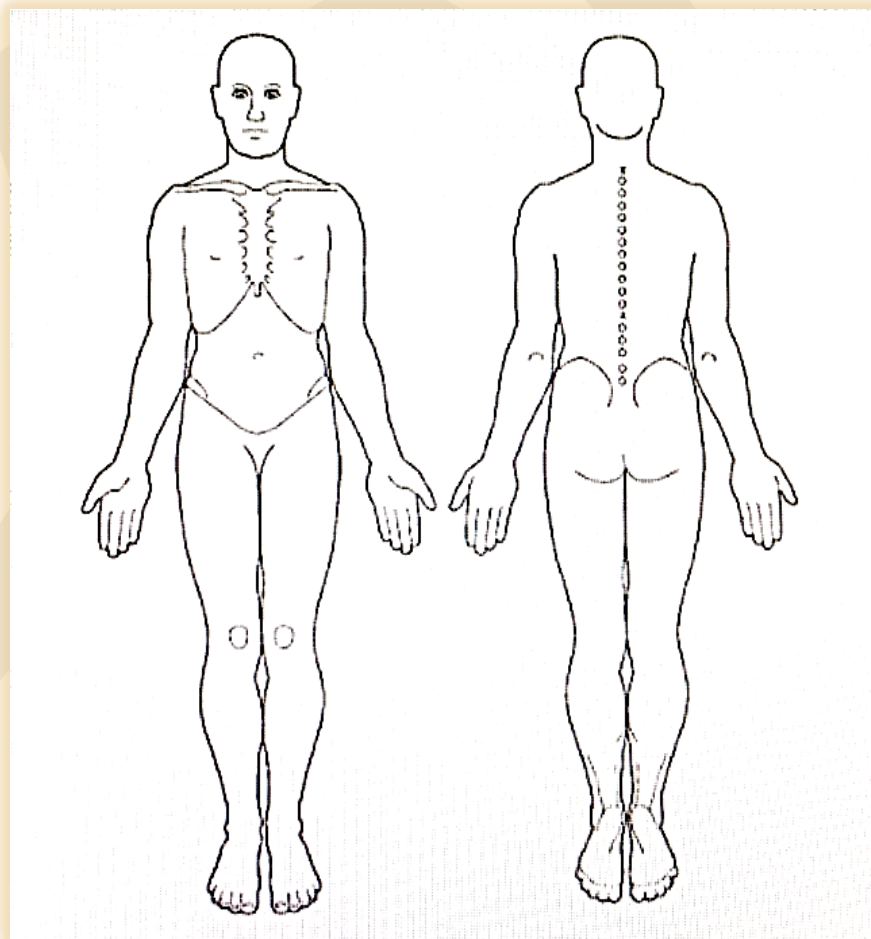
..... Styrka Antal dag

..... Styrka Antal dag

..... Styrka Antal dag

..... Styrka Antal dag

Smärtritning (rita i bilden) Var sitter din smärta



Datum

Signatur

Pnr