

HÄLSODEKLARATION

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Telefon arbete: _____

Namn och telefon till anhörig: _____

Godkänner sms-påminnelse

Längd: _____ Vikt: _____

Rökning: Nej Ja

Har du eller har du haft
följande åkommor?

- | | Nej | Ja |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hjärt-kärlsjukdom, ex. hjärtinfarkt,
kärlkramp, andfåddhet i trappor/backar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lungsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leversjukdom (t ex gulsot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Smittsam sjukdom (t ex HIV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Blodsjukdom (t ex blodbrist,
lättblödande el tidigare blodpropp) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Led- el muskelsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Illamående eller kräkning efter
tidigare narkos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sura uppstötningar/halsbränna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bräck på övre magmunnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. MRSA el varit inlagd på sjukhus
utomlands sista 6 mån | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Övriga sjukdomar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Allergi (överkänslighet eller
biverkan av något läkemedel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Begränsad nackrörlighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Svårt att gapa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lösa tänder/proteser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Blir du lätt åksjuk (t ex vid bil-
eller båtfärd) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Missbrukar du alkohol eller droger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentar till 1-21

Har du tidigare:	Nej	Ja
Varit inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit opererad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikation i samband med din operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått narkos eller lokalbedövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått bedövning hos tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått sjukhusvård utomlands/MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, ange kort årtal, sjukhus,
orsak till vård, behandling/operation,
komplikationer:

Aktuella mediciner:
namn, styrka, dosering

Datum, patientens underskrift:

NEDAN FYLLS I AV PERSONAL

Granskad av:

EKG

Kommentar Anestesiläkare:

Datum: _____

BMI: _____

Sign: _____

Sign: _____

Sign: _____