

Hälsodeklaration

Fyll i och tag med till Specialistmott. Datum

Namn

Personnummer.....

Telefon hemmet.....Mobil.....

Närmast anhörig..... Tel.nr

Sjukdomar

Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar:

	Ja	Nej
Lungsjukdom / KOL / Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

Hjärtsjukdom/Har pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------------

Har du blodförtunnande läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Andra sjukdomar

Smittsam sjukdom t.ex. Hepatit, HIV, MRSA,ESBL

Använder du tobak? Ja Nej

Dricker du alkohol? Ja Nej Hur mycket per vecka?.....

Har du tidigare opererat dig i buken/underlivet?.....

Om ja; När..... Var.....

För vad.....

Fortsätt på nästa sida

