

Hälsodeklaration inför operation i Region Skåne

Kirurgicentrum Skåne

E-post: info@kirurgicentrumskane.se

Telefon: 040 - 68 500 20



Namn:

Mobiltelefon:

Personnr:

E-postadress:

Anhörig (namn, tel):

Vårdcentral:

NEJ JA

NEJ JA

Har du någon hjärtsjukdom? Ex: kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud.			Är du tidigare sjukhusvårdad? För vad? När? Var?		
Har du högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?			Är du opererad tidigare? För vad?		
Blir du onormalt andfådd eller får Du ont i bröstet vid ansträngning?			Har du fått narkos eller ryggbedövning tidigare?		
Har du någon lungsjukdom Ex. astma, KOL			Har du eller någon nära släkting haft problem vid narkos? Vad?		
Röker du? Om ja, hur mycket?			Blöder du lätt eller ovanligt länge vid små sår eller tandläkarbehandling?		
Har du diabetes? Kost-, tablett-, eller insulinbehandlad?			Finns det en möjlighet att du är gravid?		
Har du någon njursjukdom?			Har du nackproblem?		
Har du någon lever- eller gallsjukdom?			Har du svårt att gapa?		
Har du någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? Ex: reumatism, epilepsi, MS			Har du haft blodpropp? Var?		
Har du någon sjukdom som smittar via blodet? Ex: HIV, hepatit			Är du överkänslig mot läkemedel eller något annat? Vilka?		
Blir du lätt illamående eller åksjuk?			Har du någon annan sjukdom? Vilken?		

Längd: cm

Vikt: kg

BMI:

Använder du några läkemedel (även naturläkemedel)? Ange namn, styrka och dosering:

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

Något annat viktigt?

.....
.....

Datum:

Underskrift: