

Hälsodeklaration Aleris Elisabethsjukhuset

Svaren lägger grunden för en säker bedömning och kommer ingå i journalen för sjukhusbesöket.
Fyll i båda sidor noggrant.

1. Personuppgifter

Namn	Telefon		
Personnummer	Yrke		
Längd (cm)	Vikt (kg)	Vänsterhänt	Högerhänt
Närmast anhörig	Telefon		

2. Ange sjukdomar du har eller har haft

Precisera

Årtal

Hjärt och/eller kärlsjukdom

Hjärtinfarkt och/eller kärlkramp

Pacemaker/ICD eller liknande

Högt blodtryck

Astma, KOL, eller annan lungsjukdom

Nerv- eller muskelsjukdom

Ledsjukdom (exempelvis reumatism)

Nedsatt gapförmåga

Stel nacke

Diabetes, endokrinsjukdom

Blodpropp

Njursjukdom

Leversjukdom

Blödningsbenägenhet eller blodsjukdom

Blodsmitta (HIV, Hepatit B, C, eller annat)

Kronisk infektionssjukdom (MRSA, VRE eller EBSL)

Stroke, hjärnblödning, hjärtinfarkt

Epilepsi

Psykisk sjukdom eller fobi

Missbruksproblem

Skör eller känslig hud (till exempel eksem eller psoriasis)

Annan sjukdom, till exempel ärftlig ([Berätta kortfattat](#))

Hälsodeklaration Aleris Elisabethsjukhuset

Svaren lägger grunden för en säker bedömning och kommer ingå i journalen för sjukhusbesöket. Fyll i båda sidor noggrant.

3. Andra faktorer

- | | |
|--|-----------------|
| Jag röker | Hur mycket? |
| Jag är gravid | I vilken vecka? |
| Jag behöver specialkost | Vad? |
| Jag har varit inlagd någon gång senaste 6 månaderna. Vilket sjukhus? Varför? | |

4. Läkemedel och allergier

Om du tar mediciner regelbundet, även smärtstillande och blodförtunnande ska du uppge dessa. Du kan alternativt bifoga en aktuell läkemedelslista.

Preparat och märke

Styrka

Dosering

Allergi eller överkänslighet mot läkemedel (t ex antibiotika, acetylsalicylsyra, kontrastmedel, lokalbedövning)

Övriga allergier eller överkänslighet (t ex latex, nötter)

Du eller familjemedlem har upplevt problem vid narkos eller bedövning

Vi tillämpar sammanhållen journalföring för att ge våra patienter bästa möjliga vård. Det vill säga att vi kan ta del av dina patientuppgifter från andra vårdgivare.

Jag samtycker till sammanhållen journalföring.

Signatur

Datum

Hälsodeklaration ifylld av

Datum