

HÄLSODEKLARATION INFÖR OBESITASOPERATION PÅ ERSTA SJUKHUS

(sid 1 av 2)

Ärendenummer (fylls i av bolaget/sjukhuset):

FÄR EJ FYLLAS I MED BLYERTSPENNA!

Personnummer (år månad dag – nummer)	Tilltalsnamn, Efternamn	
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inklusive riktnummer)
Postnummer	Ort	Telefon Kvällstid (inklusive riktnummer)
E-postadress		Mobiltelefon

När du ansöker om vård ska uppgifter om din hälsa lämnas. Uppgifterna skall lämnas personligen. Det är viktigt att de upplysningar du lämnar är sanningsenliga. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att du utsätter dig själv för onödiga risker.

OBSERVERA ATT SAMTLIGA FRÅGOR SKALL BESVARAS!

1. Din längd och vikt		Längd i cm	Vikt i kg
2. Känner du dig frisk idag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
3. Röker du?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" hur mycket per dag?	<input type="checkbox"/> Jag har rökt men slutat år:
4. Har du tidigare opererats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
5. Bukopererats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
7. Har du tidigare fått narkos?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När	Var
8. Komplikationer?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
9. Får du lätt blåmärken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
10. Hjärtsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
11. Njursjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
12. Lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
13. Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
14. Annan sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
15. Överkänslig mot något läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
16. Cortison senaste året??	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
17. Epilepsi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
18. Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	
19. Problem med tänderna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.	

HÄLSODEKLARATION INFÖR OBESITASOPERATION PÅ ERSTA SJUKHUS

(sid 2 av 2)

FÄR EJ FYLLAS I MED BLYERTSPENNA!	
Personnummer (år, mån, dag och nummer)	Tilltalsnamn, Efternamn

20. Kan du vara gravid?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.						
21. Använder du kontaktlinser?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Övrig info.						
22. Har du lämnat blodprov för HIV-test?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">När</td> <td style="padding: 2px;">Var</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Resultat</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Negativ (ej HIV-smitta)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Positiv (HIV-smitta)</td> </tr> </table>	När	Var	Resultat		<input type="checkbox"/> Negativ (ej HIV-smitta)	<input type="checkbox"/> Positiv (HIV-smitta)
När	Var							
Resultat								
<input type="checkbox"/> Negativ (ej HIV-smitta)	<input type="checkbox"/> Positiv (HIV-smitta)							

Beskriv ditt aktuella hälsoläge:	
Äter du någon medicin idag? Om så är fallet, vad är det för medicin och mot vad/varför?	
Övrig information som du kan tycka vore bra att läkaren får ta del av:	

UNDERSKRIFT AV DEN SOM ANSÖKT OM ATT GENOMGÅ OPERATION PÅ ERSTA SJUKHUS. VÄNLIGEN KONTROLLERAR ATT DU HAR BESVARAT SAMTLIGA FRÅGOR. HÄLSODEKLARATIONEN SKA INKOMMA TILL BEHANDLANDE LÄKARE PÅ ERSTA SJUKHUS INOM EN MÅNAD FRÅN DET ATT DEN ÄR BESVARAD OCH UNDERTECKNAD.	
JAG FÖRSÄKRAR PÅ HEDER OCH SAMVETE ATT DE UPPGIFTER JAG LÄMNAT OVAN ÄR FULLSTÄNDIGA OCH SANNINGSENLIGA.	
Ort Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande