

## Hälsodeklaration inför undersökning/ behandling

Datum:	
Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnr:	Tel:

Informationen du lämnar i detta formulär är till för att din utredning, och fortsatta vård, ska kunna genomföras på säkraste och bästa sätt. Dina svar är konfidentiella och kan bara läsas av behörig personal via din patientjournal.

### Allmänna frågor

#### Behöver du tolk vid din kontakt med sjukvården?

- Ja       Nej

Om Ja, vilket språk?

#### Behöver du hjälpmedel vid flytt?

- Nej, inga hjälpmedel       Käpp       Kryckor  
 Rullator       Rullstol       Eldriven rullstol

#### Behöver du daglig hjälp att ta på kläder, sköta hygien eller vid toalettbesök?

- Ja       Nej

#### Vilket av följande påståenden passar bäst in på din allmänna kondition?

- Jag klarar **mer krävande fysisk träning**, som t ex normal jogging (7 min/km), bära flyttkartonger, eller motsvarande
- Jag klarar **lättare fysisk träning**, som t ex lugn jogging (9min/km), simning, gräsklippning med handgräsklippare, skotta snö, eller motsvarande
- Jag klarar **tyngre hushållsarbete** som att svabba golv, dammsuga, gå uppför en trappa (15 trappsteg) utan att stanna, eller motsvarande
- Jag klarar **lättare hushållsarbete** som att diska, damma, gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt, eller motsvarande
- Jag blir andfådd av minsta ansträngning
- Kan ej besvara frågan

Beskriv

## Behov av sjukresa?

- Ja  Nej

## Vårdcentral och läkarens namn

## Närstående

Namn:	Namn:
Relation:	Relation:
Telefon:	Telefon:

## Längd (cm) Är du osäker skriv ungefärlig längd

- Osäker/vet ej

## Vikt (kg) Ange din aktuella vikt idag. Är du osäker skriv ungefärlig vikt

- Osäker/vet ej

## Får vi ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare om det behövs för din vård?

- Ja  Nej

Eventuell kommentar

## Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt vårdtillfälle får sparas i en biobank

- Ja  Nej

## Hälsotillstånd och tidigare sjukvårdskontakter

Kryssa för de sjukdomar eller problem i listan som du har

- Nej på alla frågor om sjukdomar eller problem

Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt <input type="checkbox"/> Kärkramp <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Har genomgått kranskärlsröntgen <input type="checkbox"/> Förmaksflimmer eller annan oregelbunden hjärtrytm <input type="checkbox"/> Blåsljud eller fel på hjärtats klaffar
Högt blodtryck och blodtrycksbehandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjukdom i blodkärl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Claudicatio ("fönstertittarsjuka") <input type="checkbox"/> Aortaaneurysm <input type="checkbox"/> Förträngningar i halsens blodkärl

		<input type="checkbox"/> Opererad för sjukdom i blodkärl <input type="checkbox"/> Annan
Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling (någon gång i livet)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> KOL/Emfysem <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Annan
Blir onormalt andfådd eller ont i bröstet vid ansträngning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Tablett <input type="checkbox"/> Insulinbehandling <input type="checkbox"/> Insulin med insulinpump
Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Njursten <input type="checkbox"/> Annan
Tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ulcerös kolit <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom <input type="checkbox"/> Annan
Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Hepatit B eller C <input type="checkbox"/> Annan
Muskelsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Myastenia gravis <input type="checkbox"/> Fibromyalgi <input type="checkbox"/> Myosit <input type="checkbox"/> Annan
Ledsjukdom/reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Reumatoid artrit <input type="checkbox"/> Artros <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Psoriasisartrit
Sjukdom i rygg eller nacke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Opererad för sjukdom i rygg/nacke <input type="checkbox"/> Bechterews sjukdom i rygg/nacke <input type="checkbox"/> Spinal stenosis <input type="checkbox"/> Diskbräck <input type="checkbox"/> Annan
Stroke (hjärnblödning/infarkt) eller TIA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> TIA
Neurologisk sjukdom (annan än stroke/TIA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Annan
Sjukdom som smittar via blod	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Hepatit B eller C
Blödningssjukdom (känd)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> von Willebrands <input type="checkbox"/> Hemofili B <input type="checkbox"/> Hemofili A <input type="checkbox"/> Annan
Blöder lätt eller onormalt länge, t ex vid små sår eller tandläkarbehandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sömnapné syndrom eller snarkning med andningsuppehåll	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Använder CPAP- eller BIPAP-apparat
Sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Svårt att gapa	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sår, eksem, psoriasis eller annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Urinkateter, tarmstomi eller annat dränage	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
CVK/Venport (port-a-cath)/PICC-line	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Lätt för att bli åksjuk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tandläkarbehandling pågående	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Infektion- pågående eller nyligen genomgången	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Problem med smärta dagligen eller nästan varje dag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Psykiska besvär/psykiatrisk sjukdom eller funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Utvecklingsförsening <input type="checkbox"/> Ångest <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Psykossjukdom <input type="checkbox"/> Annan
Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Har du blivit opererad eller nedsövd någon gång?**

Ja  Nej

*Om Ja, ange för vad du opererats och när:*

Har du haft problem i samband med narkos eller operation:

Ja  Nej, inte vad jag vet

*Om Ja:*

Illamående

Svårbehandlad smärta

Stor blödning

Annat problem, ange här: \_\_\_\_\_

**Har du senaste halvåret besökt sjukvård utanför Norden?**

Ja  Nej

*Om Ja, ange orsak och i vilket land:*

**Är du, eller någon närstående, bärare av multiresistent bakterie (t ex MRSA, ESBL eller VRE)?**

Ja  Nej, inte vad jag vet

*Om Ja:*

ESBL

ESBL Carba

MRSA

VRE

Annan/vet ej: \_\_\_\_\_

**Allergi och läkemedel**

**Är du allergisk eller överkänslig mot något läkemedel?**

Ja  Nej, inte vad jag vet

*Om Ja, ange läkemedelsnamn och typ av reaktion: (ex: Har reagerat mot Kåvepenin, utslag över hela kroppen)*

