



## HÄLSODEKLARATION

Datum: / 20

Namn:

Pnr:

Adress:

Telefon:

### Har du eller har du haft något av följande?

Hjärtsjukdom Ja Vilken? Nej

Högt blodtryck Ja Nej

Diabetes Ja Nej

Blodsmitta (HIV, Hepatit o dyl) Ja Vilken? Nej

Psykisk sjukdom Ja Vilken? Nej

Hudsjukdom Ja Vilken? Nej

Ful ärrbildning efter sår Ja Nej

Ögonsjukdom Ja Vilken? Nej

Torra ögon Ja Nej

Annan sjukdom än ovan nämnda Ja Vilken? Nej

Allergi mot läkemedel el annat Ja Mot vad? Nej

Vilken allergisk reaktion får du?

### Övriga frågor

Tidigare operationer: Ja Vilken? Nej

Röker du? Ja ca cig/dag Nej

Alkoholkonsumtion Ja ca glas/v Nej

Var fick du höra talas om oss?

## LÄKEMEDELSLISTA

Skriv ner de läkemedel du tar regelbundet samt de som tas vid behov. Skriv även ner vitaminer och hälsokostpreparat.

**Läkemedlets namn**

**Styrka**

**Dos**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---