(sid 1 av 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Ärendenummer (fylls i av bolaget/sjukhuset):** |
| **Fyll i elektroniskt på din dator eller för hand med bläck!** | | |
| **Personnummer (år månad dag – nummer)** | **Tilltalsnamn, Efternamn** |  |
|  |  |  |
| **Utdelningsadress** |  | **Telefon (inklusive riktnummer)** |
|  | |  |
| **Postnummer** | **Ort** | **Telefon arbete (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?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  |  | |
| **3. Röker du?** | **Nej  Ja** | **Om ”Ja” hur mycket per dag?** | Jag har rökt men slutat år: |
|  |
| **4. Har du tidigare opererats?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **5. Bukopererats?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **6. Har du tidigare fått narkos?** | **Nej  Ja** | **När** | **Var** |
|  |  |
| **7. Komplikationer?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **8. Får du lätt blåmärken?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **9. Hjärtsjukdom?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **10. Njursjukdom?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **11. Lungsjukdom?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **12. Högt blodtryck?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **13. Annan sjukdom?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **14. Överkänslig mot något läkemedel?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **15. Cortison senaste året??** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **16. Epilepsi?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **17. Diabetes?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **18. Problem med tänderna?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |

(sid 2 av 2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **19. Kan du vara gravid?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **20. Använder du kontaktlinser?** | **Nej  Ja** | **Övrig info.** | |
|  | |
| **21. Har du lämnat blodprov för HIV-test?** | **Nej  Ja** | **När** | **Var** |
|  |  |
| **Resultat** | |
| **Negativ (ej HIV-smitta)  Positiv (HIV-smitta)** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **B****eskriv ditt aktuella hälsoläge:** |  |
| **Ä****ter du någon medicin idag? Om så är fallet, vad är det för medicin och mot vad/varför?** |  |
| **Vilken typ av arbete har du?** **Samt 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 kontrollera att du har besvarat samtliga frågor.**  Alla uppgifter i din hälsodeklaration är sekretessbelagda. Hälsodeklarationen du fyller i och skickar är skyddat enligt sekretessregler och behandlas enligt Personuppgiftslagen (PuL). Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Cavalio har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. | |
| Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnat ovan är fullständiga och sanningsenliga. | |
| Ort Datum | Namnteckning *(Behövs ej om dokumentet mailas in)* |
|  |  |
|  | Namnförtydligande |
|  |  |