

Inför den undersökning/behandling som Du skall genomgå behöver vi information om Ditt hälsotillstånd. Vi vore därför tacksamma om Du i lugn och ro hemma besvarar följande frågor och skicka in det i det färdigfrankerade kuvertet till oss.

**Hälsodeklaration för patienter som skall genomgå undersökning  
i narkos eller sedering**

Var vänligt besvara nedanstående frågor, precisera gärna (t.ex. när, vad, var) under "kommentar". Vid längre svar kan baksidan utnyttjas.

Personnummer.....

	Har Du eller har Du haft:		Kommentar
1	Hjärtinfarkt	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
a	Kärlkramp i bröstet	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
b	<b>Hjärtsvikt, hjärtflimmer</b>	<b>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></b>	.....
c	Högt blodtryck	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
d	Astma eller annan lungsjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
e	Diabetes (sockersjuka)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
f	Njursjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
g	Blödningbenägenhet	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
h	Blodpropp	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
i	Allergi	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
j	Smittsam sjukdom (MRSA, hepatit)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
2	Har du tidigare fått narkos?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
3	Var det då några problem?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
4	Röker Du?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
5	Är Du gravid?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
6	Känner Du Dig fullt frisk?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
7	Längd: ..... cm	Vikt: ..... kg	
8	Aktuell medicinering	.....	.....

Datum.....Namnteckning.....