

DATUM FÖR KONSULTATION: .....

BESÖK HOS: .....

# Akademiklinikens Hälsodeklaration

## NAMN OCH PERSONUPPGIFTER

Namn .....

Personnr .....

Adress .....

Telefon .....

E-mail .....

Yrke/Sysselsättning .....

*Den personliga information som vi samlar in hanteras på ett ansvarsfullt sätt med hänsyn till din integritet. Vi hanterar alla personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning. Läs gärna mer på [ak.se/personuppgiftspolicy](http://ak.se/personuppgiftspolicy).*

## JAG SAMTYCKER TILL ATT NI SKICKAR INFORMATION TILL MIG PÅ FÖLJANDE SÄTT:

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| Nyhetsbrev                   | <input type="checkbox"/> E-mail  |
| Patientrelaterad information | <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Brev <input type="checkbox"/> Sms |
| Kundundersökning             | <input type="checkbox"/> E-mail  |

### Tar du regelbundet någon medicin? Gäller även p-piller, hormoner, vitaminer och naturläkemedel.

Ja  Nej Om ja, vad? .....

### Har du, eller har du haft, någon allvarlig sjukdom?

Ja  Nej Om ja, vad och när? .....

### Har du eller har du haft hjärtbesvär?

Ja  Nej Om ja, vilken typ av besvär? .....

### Har du lungbesvär?

Ja  Nej Om ja, vilken typ av besvär? .....

### Har du högt blodtryck?

Ja  Nej

### Har du epilepsi?

Ja  Nej

### Har du diabetes?

Ja  Nej Om ja, vilken typ? .....

### Har du läppherpes (dvs herpes i ansiktet)?

Ja  Nej

### Har du någon reumatisk sjukdom?

Ja  Nej

**Har du någon neurologisk sjukdom?**

Ja  Nej Om ja, vilken typ? .....

**Har du någon pågående infektion?**

Ja  Nej

**Har du någon form av blodsmitta?**

Ja  Nej Om ja, vilken? .....

**Har du eller någon i din släkt haft blodpropp i lungor eller ben?**

Ja  Nej Om ja, vem och när? .....

**Är du överkänslig eller allergisk mot några mediciner?**

Ja  Nej Om ja, vilka? .....

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

Ja  Nej Om ja, vad? .....

**Har du tendens att blöda lätt eller länge vid sårskador?**

Ja  Nej

**Har du opererats tidigare?**

Ja  Nej Om ja, vad och när? .....

**Har du varit sövd tidigare?**

Ja  Nej Om ja, tillstötte någon komplikation? .....

**Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna?**

Ja  Nej Om ja, när? .....

**Använder du någon form av nikotin? Gäller även nikotinplåster och dylikt.**

Ja  Nej Om ja, vad och hur mycket? .....

**Missbrukar du, eller har du missbrukat, alkohol eller droger?**

Ja  Nej Om ja, vad? .....

**Finns det någon möjlighet att du är gravid?**

Ja  Nej

**Har du barn sedan tidigare?**

Ja  Nej Om ja, hur många och när är de födda? .....

**Lider du av psykisk ohälsa?**

Ja  Nej

**Känner du dig fullt frisk?**

Ja  Nej

**Motionerar du regelbundet?**

Ja  Nej Om nej, orkar du gå två trappor utan att stanna? .....

**Vikt** ..... **Längd** ..... **BMI** (fylls i av Akademikliniken) .....

Jag intygar att ovanstående uppgifter är sanna och är införstådd med att osanna/  
ofullständiga uppgifter kan innebära en säkerhetsrisk vid min operation. Jag ger mitt  
tillstånd att journalhandlingar och laboratorieprover rekvireras som underlag för  
medicinsk bedömning inför min operation.

ORT OCH DATUM .....

NAMNTECKNING .....