

Du måste fylla i alla uppgifter på blankettens båda sidor - syftet är att ge dig ett bra och säkert omhändertagande

Södermalms ortopedi
Fatburs Brunnsgatan 17
118 28 Stockholm

Tel: 08-55 11 04 22, Fax: 08-55 11 04 24

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Postnummer:

Mobil:

Ort:

E-post:

Yrke:

Vad skall du opereras för?

Har du nu eller har du haft någon av följande sjukdomar?

	Ja	Nej		Ja	Nej
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ämnesomsättningssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp / angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sockersjuka / diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oregelbunden hjärtrytm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtklaffel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gulsot / hepatit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biljud på hjärtat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kramper / epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnblödning / propp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodbrist / anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlamningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancersjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ätstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Psoriasis / eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skriv kort om de sjukdomar du kryssat för ovanför (när, hur länge, behandling, behandlande läkare, vilket sjukhus etc).

Har du nu eller har du haft något av följande besvär?

	Ja	Nej
Allergi mot mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröstmärta vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungt att andas vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svullnad i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, vilka mediciner är du allergisk mot:

OBS! Fyll i baksidan också....

Hälsodeklaration inför operation forts.....

Personnummer: _____

Har du: Ja Nej Om ja, vilket sjukhus/
stad:

Känd MRSA-infektion

Varit på sjukvårdsinrättning utomlands senaste 6 månaderna

Vårdats på sjukhus i Sverige senaste 6 månaderna

Har du tidigare: Ja Nej

Varit inlagd på sjukhus

Blivit opererad

Haft narkos

Om ja, ange kort omständigheterna

Årtal Vilket sjukhus Orsak till vård Behandling / operation

Var det några problem i samband med sjukhusvistelsen / operationen / narkosen?

Om du använder några läkemedel (även P-piller, smärtstillande och naturmedel) är det viktigt att du skriver upp läkemedlet och doseringen

Namn på läkemedel	Styrka	Dosering, antal per dygn

Röker du dagligen? Nej Ja, antal cigaretter per dygn: _____

Hur lång är du: _____

Hur mycket väger du: _____

Har du lätt för att få infektioner Ja Nej

Har du ökad blödningsbenägenhet

Hur är din fysiska form / kondition? Dålig Medel God Mycket god

Har du något annat du vill att vi skall veta om?

Tillåter du att vi ber att få journaluppgifter från annan vårdgivare, t ex sjukhus, Ja Nej

om det behövs för att ge dig ett bra och säkert omhändertagande ?

Ort Datum Din underskrift

OBS! Fyll i framsidan också....