

DATUM FÖR KONSULTATION: .....

BESÖK HOS: .....

AKTUELLT BLODTRYCK: .....

# 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/integritetspolicy](http://ak.se/integritetspolicy).*

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

Nyhetsbrev  E-mail  
Patientrelaterad information  E-mail  Brev  Sms  
Kundundersökning  E-mail

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

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

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

Om ja, vad och när? .....  Ja  Nej

### Har du eller har du haft hjärtbesvär?

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

### Har du lungbesvär?

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

### Har du högt blodtryck?

.....  Ja  Nej

### Har du epilepsi?

.....  Ja  Nej

### Har du diabetes?

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

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

.....  Ja  Nej

### Har du någon reumatisk sjukdom?

.....  Ja  Nej

**Har du någon neurologisk sjukdom?**

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

**Har du någon pågående infektion?**

.....  Ja  Nej

**Har du någon form av blodsmitta?**

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

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

Om ja, vem och när? .....  Ja  Nej

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

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

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

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

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

.....  Ja  Nej

**Har du opererats tidigare?**

Om ja, vad och när? .....  Ja  Nej

**Har du varit sövd tidigare?**

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

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

Om ja, när? .....  Ja  Nej

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

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

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

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

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

.....  Ja  Nej

**Har du barn sedan tidigare?**

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

**Lider du av psykisk ohälsa?**

.....  Ja  Nej

**Känner du dig fullt frisk?**

.....  Ja  Nej

**Motionerar du regelbundet?**

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

**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 .....