Kom ihåg fylla i blanketten omsorgsfullt (alla 4 sidor)!

**PERSONUPPGIFTER** *Du kan navigera mellan cellerna med TAB och välja med MELLANSLAG.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **För- och efternamn**  [Skriv Din för- och efternamn hän.] | **Personbeteckning/födelsedatum**  [Skriv Ditt personbeteckning / födelsedatum här.] | **Adress**  Skriv Din adress här. |
| **Telefonnummer på vilket Du är anträffbar**  Skriv Ditt telefonnummer här. | | |
| **Betalaren**  Skriv information om betalaren här. | | |
| **Epost**  Skriv Din epost-adress här. | | |

**HÄLSOUPPGIFTER OCH FYSISK KONDITION**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Längd (cm) och Vikt (kg)**  Skriv Din längd och vikt här. | | **Är Du överkänslig mot läkemedel?**  Ja  Nej *Mot vad / vilka symptom?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | | |
| **Specialdiet**  Ja  Nej *Vad?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | **Är Du allergisk (t.ex. hösnuva, födoämnesallergi)?**  Ja  Nej *Mot vad / vilka symptom?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| **Använder Du droger?**  Ja  Nej | **Röker Du?**  Ja  Nej | | | **Cigaretter per dygn?**  Skriv antalet här. | | **Slutat röka**, *när?*  Skriv månad/år här. |
| **Hur många portioner alkohol använder Du *i genomsnitt* per vecka?** Skriv efterfrågade informationen här. | | | | | **Är Du gravid?** *Senaste menstruation?*  Ja  Nej Välj datumet här. | |
| **Utövar Du konditionsträning?**  Ja  Nej  Mindre än 2,5 h/vecka  2,5 – 5 h/vecka  Mer än 5 h/vecka | | | | | | |
| **Hur långt kan Du gå på jämn mark utan att stanna?**  Mindre än 100 m  Mer än 100 m  Mindre än 1 km  Mer än 1 km | | | | | | |
| **Hur många våningar kan Du gå uppför trappor utan att stanna?**  Inte en enda  1  2  3  Över 3 | | | | | | |
| **Begränsas Din rörlighet av?**  Bröstsmärta  Smärta i benen  Andnöd  Andra besvär, *Vilka?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | | | | |
| **Har det skett förändringar i Ditt hälsotillstånd under de senaste månaderna?**  Ja  Nej *Vad?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | | | | |

**SJUKDOMAR** Har Du eller har Du haft någon av följande sjukdomar? (*fortsätter på följande sida*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medfött hjärtfel**  Ja  Nej *Vad?* Skriv här. | **Reumatisk sjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Hjärtklaffsfel**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. | **Leversjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Kranskärlssjukdom**  Ja  Nej | **Njursjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Hjärtsvikt**  Ja  Nej | **Sköldkörtelsjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Hjärtinfarkt**  Ja  Nej *År?* Skriv året här. | **Diabetes**  Ja  Nej *Från år?* Skriv året här. |
| **Arytmi**  Ja  Nej | **Muskelsjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |

|  |  |
| --- | --- |
| **För- och efternamn**  [Skriv Din för- och efternamn hän.] | **Personbeteckning/födelsedatum**  [Skriv Ditt personbeteckning / födelsedatum här.] |

**SJUKDOMAR** Har Du eller har Du haft någon av följande sjukdomar? (*fortsättning från föregående sida*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Blodpropp i hjärnan**  Ja  Nej *År?* Skriv året här. | **Epilepsi**  Ja  Nej |
| **Hjärnblödning**  Ja  Nej *År?* Skriv året här. | **Annan neurologisk sjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Ventrombos**  Ja  Nej *År?* Skriv året här. | **Psykisk sjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. |
| **Lungemboli**  Ja  Nej | **Övervikt**  Ja  Nej |
| **Hypertoni**  Ja  Nej | **Avmagring**  Ja  Nej |
| **Andra hjärt- och kärlsjukdomar**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. | **Nedsatt hörsel**  Ja  Nej |
| **Blödningsbenägenhet**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. | **Anemi**  Ja  Nej |
| **Annan blodsjukdom**  Ja  Nej *Vilka?* Skriv här. | **Sömnapné**  Ja  Nej |
| **Astma**  Ja  Nej | **Kroniskt obstruktiv lungsjukdom**  Ja  Nej |
| **Annan lungsjukdom**  Ja  Nej *Vilken?* Skriv efterfrågade informationen här. | |
| **Tändernas tillstånd**  Bra  Dåligt  Pågående behandling | **Senaste tandläkarbesöket (månad, år)**  Skriv månad/år här. |
| **Har Du någon bakterie eller något virus som krävt isolering (t.ex. MRSA, ESBL, VRE, osv.)?**  Ja  Nej | |
| **Har Du varit inlagd på sjukhus i hemlandet eller utomlands under de senaste tolv månaderna?**  Ja  Nej *Var?* Skriv efterfrågade informationen här. | |
| **Annan sjukdom?** *Vilken?*  Skriv efterfrågade informationen här. | |

**UTSÖNDRING**

|  |
| --- |
| **Normal tarmfunktion?** *På vilket sätt avviker den från det normala (t.ex. diarré, förstoppning)?*  Ja  Nej Skriv efterfrågade informationen här. |
| **Urineringsbesvär?**  Ja  Nej |

|  |  |
| --- | --- |
| **För- och efternamn**  [Skriv Din för- och efternamn hän.] | **Personbeteckning/födelsedatum**  [Skriv Ditt personbeteckning / födelsedatum här.] |

**TIDIGARE OPERATIONER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Har Du blivit opererad tidigare?**  Ja  Nej | | | |
| **Har Du efter operationer haft smärta som krävt läkarvård?**  Ja  Nej | | | |
| **Har Du haft annan långvarig smärta som krävt läkarvård?**  Ja  Nej | | | |
| **Lider Du av åksjuka?**  Ja  Nej | | | |
| **Operation1** Skriv efterfrågade informationen här. | **År**  Skriv. | **Sjukhus** Skriv efterfrågade informationen här. | Narkos  Bedövning |
| **Operation2** Skriv efterfrågade informationen här. | **År**  Skriv. | **Sjukhus** Skriv efterfrågade informationen här. | Narkos  Bedövning |
| **Operation3** Skriv efterfrågade informationen här. | **År**  Skriv. | **Sjukhus** Skriv efterfrågade informationen här. | Narkos  Bedövning |
| **Operation4** Skriv efterfrågade informationen här. | **År**  Skriv. | **Sjukhus** Skriv efterfrågade informationen här. | Narkos  Bedövning |
| **Hade Du i samband med operationen**  Illamående  Huvudvärk  Svårigheter att vakna upp  Annat, *Vad?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | |

**HJÄLPMEDEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Näs-CPAP | Glasögon | Tandprotes |
| Rullstol | Kontaktlinser | Bryggor, stift (o.d.) |
| Rollator | Hörapparat | Kryckor |

**BOENDEFÖRHÅLLANDEN OCH KONTAKTUPPGIFTER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Boende**  Höghus  Radhus  Villa/Egnahemshus  Annat, *Vad?* Skriv efterfrågade informationen här. | | |
| **Hiss**  Ja  Nej | | |
| **Bor Du ensam?**  Ja  Nej | | |
| **Får avdelningen ge ut information om Ditt hälsotillstånd?**  Ja  Nej | | |
| **Har Du hemhjälp?**  Ja  Nej | **Namnet på hemhjälpen?**  Skriv namnet här. | **Telefonnummer**  Skriv telefonnumret här. |
| **Husläkare/hälsostation**  Skriv efterfrågade informationen här. | | |

**MEDICINERING** (*fortsätter på följande sida*)

|  |
| --- |
| **Använder Du regelbundet eller vid behov något läkare ordinerat eller receptfritt läkemedel?**  Ja  Nej |
| **Använder Du regelbundet eller vid behov någon naturprodukt?**  Ja  Nej |
| **Vilka smärtstillande läkemedel har Du använt?**  Skriv efterfrågade informationen här. |
| **Har Du använt cortisontabletter under de senaste sex månaderna?**  Ja  Nej |

|  |  |
| --- | --- |
| **För- och efternamn**  [Skriv Din för- och efternamn hän.] | **Personbeteckning/födelsedatum**  [Skriv Ditt personbeteckning / födelsedatum här.] |

**MEDICINERING** (*fortsättning från föregående sida*)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Använder Du läkemedel eller naturprodukter som påverkar blodets koagulering?**  Acetylsalisylsyra (Asperin®, Disperin®, Primaspan®, Asasantin®)  Klopidogrel (Plavix®, Clopidogrel®)  Warfarin (Marevan®)  Pradaxa®, Eliquis®, Xarelto®  Omega-3 fiskoljepreparat  Annat, *Vad?* Skriv efterfrågade informationen här. | | | | | | |
| **REGELBUNDET MEDICINERING** **(Läkemedlets namn/styrka:** Burana® 400 mg, **Dosering:** 1 T x 3 eller 1 + 1 + 1**)**  **Tidpunkt för intag:** **M** = Morgon, **FM** = Förmiddag, **EM** = Eftermiddag, **K** = Kväll | | | | | | |
| **Läkemedlets namn/styrka** | **Dosering** | **Tidpunkt** | | **Läkemedlets namn/styrka** | **Dosering** | **Tidpunkt** |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. | | Skriv namn/styrka här. | Skriv här. | Skriv här. |
| **MEDICINERING VID BEHOV:**  **Läkemedlets namn/styrka** | | | **NATURPRODUKTER OCH VITAMINER:** **Naturproduktens namn** | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |
| Skriv efterfrågade informationen här. | | | Skriv efterfrågade informationen här. | | | |

**DATUM OCH NAMN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum**  Välj datumet här. | **Namn**  Skriv Ditt namn här. |