

Hälsodeklaration:

Vi eftersträvar alltid att ge en så trygg och säker behandling som möjligt. Därför är nedstående uppgifter väsentliga och vi är tacksamma för svar på följande frågor:

	JA	NEJ	Har Du eller har Du haft:	JA	NEJ
Känner Du dig för närvarande fullt frisk?			Hjärt/kärl/stroke/högt blodtryck?		
Går Du för närvarande på behandling/kontroll hos läkare?			Allergi/astma?		
Är Du gravid?			Neurologisk sjukdom?		
Blöder Du mycket vid småsår eller tanduttagning?			Diabetes?		
Har Du reagerat onormalt mot bedövning?			Psykisk sjukdom?		
Är Du överkänslig mot penicillin eller annat läkemedel? Vilket/ vilka.....			Blod/blödningssjukdom?		
Har Du genomgått strålbehandling mot huvud eller hals?			Nedsatt immunförsvar?		
Har Du behandlats med konstgjorda hjärtklaffar, höftleder eller annat implantat?			Mag/tarmsjukdom?		
Har Du behandlats eller behandlas Du för benskörhet?			Reumatisk sjukdom?		
Röker eller snusar Du? Hur mycket röker/snusar Du per dag?.....			Tumörsjukdom?		
Är Du tandvårdsrädd?			Smittsam sjukdom (tex hepatit, HIV, MRSA)		

Tar Du regelbundet någon medicin eller naturläkemedel? Vilken/vilka?

.....

Övrigt:

Datum: Namn: Persnr:.....