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. |