

Namn..... Personnr..... Tel nr

Längd..... Vikt..... Anhörig..... Tel nr.....

Mejl:

Har du eller har du haft något av följande; ringa in och beskriv.

Hjärtsjukdom	Nej	Ja:	Hjärtinfarkt	Kärlkramp	Hjärtsvikt	Klaffel	
			Pacemaker	Annat			
Högt blodtryck	Nej	Ja:	Medicinbeh				
Diabetes	Nej	Ja:	Insulinbeh	Tablettbeh	Kostbeh		
Lungsjukdom	Nej	Ja:	Astma	KOL	Emfysen	Annat.....	
Blodsjukdom	Nej	Ja:	Blodpropp	Annat.....			
Blodsmitta	Nej	Ja:	Hepatit	HIV	Annat.....		
Smittsam sjukdom	Nej	Ja:	Vilken?.....				
Njur/leversjukdom	Nej	Ja:	Vilken.....				
Neurologisk sjukdom	Nej	Ja:	Epilepsi	MS	Stroke	Migrän	
			Annat.....				
Allergi mot läkemedel	Nej	Ja:	Vilket?.....				
Annan allergi	Nej	Ja:	Latex	Nickel	Plåster	Mat	Annat.....
Annan sjukdom	Nej	Ja:	Vilken?.....				

Har du;

vårdats utomlands de senaste 12 månaderna? Nej Ja: Om Ja, var god ring oss på tel nr: 031-310 39 10.

blivit opererad tidigare? Nej Ja: För vad och när?.....

tidigare fått narkos/bedövning Nej Ja: upplevde du några problem.....

lätt för att bli illamående? Nej Ja

halsbränna/sura uppstötningar Nej Ja

nedsatt rörlighet i nacken Nej Ja

svårt att gapa Nej Ja

metall inopererad i kroppen Nej Ja

Röker du? Nej Ja

Går du 3 trappor upp utan att stanna Nej Ja: Om inte, varför?.....

Äter du några mediciner? Nej Ja: Vilka?.....

Dubbelvaccinerad Covid Nej Ja

Ett krav för att genomgå dagkirurgi är att man har någon anhörig hemma på kvällen och natten efter operation samt under hemtransport.

Har du någon som tar hand om dig efter operationen samt under transporten? Nej Ja

Använd gärna baksidan om du inte får plats på raderna ovan.