

DATUM FÖR KONSULTATION: .....

BESÖK HOS: .....

# Akademikliniken Walk-in-Clinic

## 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

### HÄLSOINFORMATION

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

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

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

Ja  Nej Om ja, vad och när? .....

**Har du, eller har du haft, någon hudsjukdom?**

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

**Har du epilepsi?**

Ja  Nej

**Har du högt blodtryck?**

Ja  Nej

**Har du diabetes?**

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

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

Ja  Nej

**Har du någon pågående infektion?**

Ja  Nej

**Har du någon form av blodsmitta?**

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

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

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

**Har du gjort några hudbehandlingar tidigare (t.ex. kemisk peeling, laser eller needeling)?**

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

**Har du tidigare reagerat mot hudbehandlingar eller hudvårdsprodukter?**

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

**Har du upplevt fördröjt sårhäkning, ärrbildning eller pigmentrubbing efter hudbehandlingar?**

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

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

Ja  Nej Om ja, när? .....

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

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

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

Ja  Nej

**Lider du av psykisk ohälsa?**

Ja  Nej

**Känner du dig fullt frisk?**

Ja  Nej

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 .....