

DATUM FÖR KONSULTATION: _____ BESÖK HOS: _____

Akademiklinikens 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.

JAG SAMTYCKER TILL ATT NI SKICKAR INFORMATION, SÅSOM NYHETSREVEJER OCH KUNDUNDERSÖKNING, TILL MIG PÅ FÖLJANDE SÄTT:

- Brev
 Mejl
 Sms

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

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 hjärtbesvär? Ja Nej

Om ja, vilken typ av besvär?.....

Har du lungbesvär? Ja Nej

Om ja, vilken typ av besvär?.....

Har du högt blodtryck? Ja Nej

Har du epilepsi? Ja Nej

Har du diabetes? Ja Nej

Om ja, vilken typ?.....

Har du läppherpes (dvs herpes i ansiktet)? Ja Nej

Har du någon reumatisk sjukdom? Ja Nej

Om ja, vilken typ?.....

Har du någon neurologisk sjukdom? Ja Nej

Om ja, vilken typ?.....

- Har du någon pågående infektion? Ja Nej
- Har du haft Covid-19? Ja Nej
- Om ja, när?.....
- Har du någon form av blodsmitta? Ja Nej
- Om ja, vilken?.....
- Har du eller någon i din släkt haft blodpropp i lungor eller ben? Ja Nej
- Om ja, vem och när?.....
- Är du överkänslig eller allergisk mot några mediciner? Ja Nej
- Om ja, vilka?.....
- Är du överkänslig eller allergisk mot något annat? Ja Nej
- Om ja, mot vad?.....
- Har du en tendens att blöda lätt eller länge, vid t.ex. sårskador? Ja Nej
- Har du opererats tidigare? Ja Nej
- Om ja, när och varför?.....
- Har du varit sövd tidigare? Ja Nej
- Om ja, varför och när?.....
- Tillstötte det någon komplikation vid tidigare sövning? Ja Nej
- Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna? Ja Nej
- Om ja, när och varför?.....
- Använder du någon form av nikotin? Gäller även nikotinplåster o dyl. Ja Nej
- Om ja, vad och hur mycket?.....
- Dricker du alkohol eller tar droger? Ja Nej
- Om ja, hur många glas per vecka och/eller hur mycket droger?.....
- Har du barn? Ja Nej
- Om ja, hur många och ålder?.....
- Finns det någon möjlighet att du är gravid? Ja Nej
- Lider du av psykisk ohälsa? Ja Nej
- Känner du dig fullt frisk? Ja Nej
- Motionerar du regelbundet? Ja Nej

VIKT:

LÄNGD:

BMI:

(BMI fylls i av AK)

Jag intygar att ovanstående uppgifter är sanna och är införstådd med att osanna/ofullständiga uppgifter kan innebära en säkerhetsrisk vid min behandling.

ORT OCH DATUM

NAMNTECKNING
