

# Hälsodeklaration

## Konfidentiellt

Samtliga av dina personuppgifter inklusive adress och telefonnummer som du lämnat på detta hälsoschema kommer vi att använda oss av vid vår framtida korrespondens med dig. Vänligen kontakta kliniken skriftligen om du önskar sekretess eller ändra dina uppgifter.

Det är viktigt att hälsoschemat fylls i så noggrant som möjligt, så att alla medicinska upplysningar kommer fram. Detta är för din trygghet. Upplysningarna kommer vi att bevara i din journal på Art Clinic. Tystnadsplikt gäller vid all vård.

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_  
Adress: \_\_\_\_\_ Postnummer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon arbete: \_\_\_\_\_ Mobiltel: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_  
Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_ Ålder (år): \_\_\_\_\_

### Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar (fyll även i baksidan):

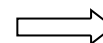
(Vid **Ja**, stryk under aktuella problem samt **beskriv** på respektive rad: **Vad hände? När? Går på kontroller?**)

**Ja Nej**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hjärtsjukdom? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Högt blodtryck? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lungsjukdom? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergi (mot mediciner, pollen, djur, annan? _____)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Magbesvär: magkatarr, halsbränna, magsår? _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Njursjukdom (upprepade blåskatarrer, urinvägsinfektioner, njurinflammation)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Neurologiska sjukdomar? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du lätt att få blåmärken, eller blodpropp? _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Matrubbingar (anorexi, bulimi)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Psykiska besvär (depression, överkonsumtion av alkohol, medicinmissbruk)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Smittsam sjukdom (HIV, hepatit, annan leversjukdom)? _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, vilken/vilka: \_\_\_\_\_ Har i nuläget \_\_\_\_\_

**VAR GOD VÄND!**



-ditt privata alternativ

# Hälsodeklaration

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. Har du ofta allvarliga infektionssjukdomar (hals-, bihålor-, öroninflammation, andra)?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. MRSA? Har du uppsökt sjukvård utomlands; senaste året?<br>Orsak: _____ Var? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Herpes? (Mun, ansikte, genitalia) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Har du någon hudsjukdom (psoriasis, eksem, acne)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har du någon ögonsjukdom (grå eller grön starr, inflammation)? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ärftliga sjukdomar? Om ja, vilka: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Får du vanligtvis fula ärr? (hårda, röda, upphöjda) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har du blivit opererad tidigare? Om ja, för vad? _____<br>Tidigare plastikkirurgiska ingrepp? Vilka? _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har du fått lokalbedövning tidigare, t.ex. hos tandläkaren? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Röker du?(antal cigaretter per dag) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Stor viktökning eller viktförlust senaste året? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Antal graviditeter: _____ Antal barn: _____ Ålder: _____  |                          |                          |
| 26. Äter du p-piller? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ange alla mediciner och naturläkemedel som du tar regelbundet och de mediciner du tar vid behov.<br>_____<br>_____                          |                          |                          |
| 28. Har du under det senaste året varit med om någon dramatisk/omtumlande händelse?<br>_____<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Övrigt _____<br>_____<br>_____  |                          |                          |
| 30. Jag önskar ta del av Art Clinics nyhetsbrev samt eventuella erbjudanden via mail:<br>Jag intygar härmed att hälsoschemat är korrekt ifyllt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
*Datum & Signatur*



-ditt privata alternativ