**Namn**: *Tryck här för att ange text.* **Telefonnummer**: *Tryck här för att ange text.*   
  
**Personnummer**: *Tryck här för att ange text.*  
  
 **Hälsodeklaration inför obesitaskirurgi**   
Hälsodeklarationen ligger till grund för vår medicinska bedömning av Dig.   
Har du frågor, kontakta mottagningen på telefonnummer 031-81 81 65.   
Skickas till: **Carlanderska sjukhuset; Metabolt Center; Carlandersplatsen 1, 405 45 Göteborg**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sjukdomar/Symtom** | | | | Ja | Nej | Vet ej |
| **Hjärtsjukdom; vilken**: *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Högt blodtryck** | | | |  |  |  |
| **Höga blodfetter** | | | |  |  |  |
| **Tidigare blodpropp/anlag för blodpropp** | | | |  |  |  |
| **Blödarsjuka/Får lätt blåmärken** | | | |  |  |  |
| **Lungsjukdom; vilken:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Neurologisk sjukdom; vilken:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Sömnapné; andningsuppehåll under sömn** | | | |  |  |  |
| **Använder du CPAP (andningsmask vid sömn)** | | | |  |  |  |
| **Reumatisk sjukdom/artros** | | | |  |  |  |
| **Nackproblem/rörelseproblem eller smärta** | | | |  |  |  |
| **Diabetes; sedan när:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Kroniska sår eller eksem/hudförändringar på underbenen** | | | |  |  |  |
| **Kraftigt svullna underben** | | | |  |  |  |
| **Njursjukdom; vilken:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Har du några fysiska eller psykiska handikapp; vilket:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Blodsmitta; vilken (tex hepatit):** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Är du allergisk mot något läkemedel eller pollen; ange vilket/vilka:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Har du någon annan allergi; tex latex, nickel, tejp; ange vad:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Behöver du specialkost; vilken:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Röker eller snusar du; ange hur många cigaretter dagligen:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Är du fd. rökare, vilket år slutade du?** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Har du opererats tidigare; ange när, var och varför:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Har du blivit sövd eller fått bedövning tidigare; i det fall du fick negativa symtom var god beskriv dem här samt vad som orsakade dem:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Andra sjukdomar, besvär eller handikapp? I så fall vilka?** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Som kvinna, kan du vara gravid eller önskar du bli gravid?** *Välj ett objekt.* | | | |  |  |  |
| **Har du vårdats/arbetat på någon vårdinrättning utomlands under de senaste 12 mån (gäller även tandvård); ange i så fall var, när samt varför:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| **Kommer du att använda dig av tolk vid din kontakt med oss på Carlanderska; i så fall ange ditt modersmål:** *Tryck här för att ange text.* | | | |  |  |  |
| Aktuell vikt: | *Ange aktuell vikt.* | Maximal vikt under livet: | *Ange max vikt.* | | | |
| Längd: | *Ange längd.* | Vilket år? | *Ange år.* | | | |
| Aktuellt BMI: (ifylles av personal) |  | Max BMI: (ifylles av personal) |  | | | |
|  |  |  |  | | | |
| Ifylles av personalen:  Inskrivningsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Operationsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Operatör:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

**Ange samtliga läkemedel Du använder; även p-piller och naturläkemedel tex omega-3 tillskott och Valeriana.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Läkemedel** | Styrka | Antal/dag |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |
| *Tryck här för att ange text.* | *Styrka?* | *Antal/dag?* |

**Söker Du vård hos oss;**  som privatbetalande  privat sjukvårdsförsäkring  
  
**Dina kontaktuppgifter:**

|  |
| --- |
| Adress: *Tryck här för att ange text.* |
| Postnummer och ort: *Tryck här för att ange text.* |

|  |
| --- |
| **Mobilnr.:** *Tryck här för att ange text.* |
| **E-mailadress:** *Tryck här för att ange text.* |
| **Arbetsuppgifter samt tjänstgöringsgrad i procent (uppgifterna kan behövas vid sjukskrivning):** *Tryck här för att ange text.* |

**Kontaktuppgifter till anhöriga:**

|  |
| --- |
| **Namn**: *Tryck här för att ange text.* |
| **Mobilnr**.: *Tryck här för att ange text.* |
| **Relation till Dig:** *Tryck här för att ange text.* |

|  |
| --- |
| **Sekretess under din kommande vårdtid hos oss:**    vi får berätta att du är inskriven/vårdas på Carlanderska  vi får **inte** berätta för någon att du är inskriven/vårdas hos oss |

|  |
| --- |
| **Vi ber dig skriva under din hälsodeklaration för att intyga att informationen du lämnat är korrekt. Du ger oss även tillåtelse att inhämta journalkopior från tidigare vårdtillfällen som kan vara av betydelse för vår vård av dig.**  **Ort och datum:** *Tryck här för att ange text.*  **Underskrift**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Namnförtydligande**: *Tryck här för att ange text.*  **Personnummer**: *Tryck här för att ange text.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** |
| **Psykiatrisk diagnos; vilken? (även depression)** *Tryck här för att ange text.* |  |  |
| **Tidigare eller pågående behandling av psykolog eller psykiatriker? Varit inlagd på psykiatrisk klinik? Om ja, för vad och när?** *Tryck här för att ange text.* |  |  |
| **Har du någon gång haft självskadebeteende?** |  |  |
| **Har du gjort något suicidförsök? Om ja, när?** *Tryck här för att ange text.* |  |  |
| **Har du blivit diagnostiserad med ätstörning? Om ja, vilken?** *Tryck här för att ange text.* |  |  |
| **Har du varit eller är du beroende av alkohol, läkemedel eller annan drog? Om ja, har du vårdats på någon klinik för detta? När?** *Tryck här för att ange text.* |  |  |
| **Dricker du alkohol; ange i så fall din ungefärliga veckokonsumtion:** *Tryck här för att ange text.* |  |  |

**Brukar du äta mer om du känner dig t ex orolig, ledsen, arg eller glad?**  Nej  Ja

**Upplever du att du ibland förlorar kontrollen över ditt ätande, dvs äter**   Nej  Ja  
**mycket stora mängder mat under en kortare period av dagen?**

**Kommentarer:** *Tryck här för att ange text.*  
  
  
**Vilken är din målvikt efter operationen?** *Tryck här för att ange text.* kg  
  
**Vilka är de huvudsakliga anledningarna till att du vill minska din vikt?** *Tryck här för att ange text.*

**Kommer du få bra stöd från dina närmaste anhöriga efter din operation?**  Nej  Ja

**Kommentarer**: *Tryck här för att ange text.*  
 **Information som kan vara viktig för oss att ta del av inför eventuell operation:** *Tryck här för att ange text.*