

Fortsättning - hälsodeklaration

Hur bor du:	Villa <input type="checkbox"/>	Ensam	Hemtjänst
	Lägenhet <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Servicebostad <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Gåhjälpmedel:	Käpp <input type="checkbox"/>	Vänsterhänt <input type="checkbox"/>	Nedsatt syn eller hörsel? (markera vilket) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Kryckor <input type="checkbox"/>		
	Rullator <input type="checkbox"/>		
	Annat _____		
Din sysselsättning (yrke, studerande, pensionär, heltid/deltid, annat?)			
Skatta din värk i vila på en skala 0-10 Ingen värk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara värk			
Skatta din smärta i vardaglig aktivitet på en skala 0-10 Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara smärta			
Är du för tillfället sjukskriven?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du pågående tandarbete?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon pågående infektion i kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du varit i fysisk kontakt med sjukvård utomlands utanför Norden de sista 6 månaderna?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, har du då varit inlagd eller fått dagvård (ex dagkirurgi, dialys)			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du en kvarliggande stomi, urinkateter eller kärlkateter?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eller nära anhörig, nu eller tidigare, diagnosticerats med MRSA (multiresistenta stafylokokker)?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Äter du specialkost eller har du någon matallergi? Om ja, vilken? _____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vilken husläkare/vårdcentral tillhör du? _____			Vet ej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att min journal skickas till andra vårdgivare som är delaktiga i min vård			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att Capio S:t Görans sjukhus får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt vårdtillfälle får sparas i en biobank och kan användas för medicinsk forskning			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Närmast anhörig (namn/telefon) _____

Underskrift _____ Datum _____