

Namn:.....

1(3)

Personnummer:.....



Hälsodeklaration inför obesitaskirurgi

Hälsodeklarationen ligger till grund för vår medicinska bedömning av Dig.

Har du frågor, kontakta vår mottagning på telefonnummer 031-818165.

Skickas till: **Carlanderska sjukhuset; Mottagning obesitaskirurgi, Carlandersplatsen, 405 05 Göteborg**

| Sjukdomar/Symtom | Ja | Nej | Vet ej |
|---|----|----------------------------------|--------|
| Hjärtsjukdom; vilken: | | | |
| Högt blodtryck | | | |
| Lungsjukdom; vilken: | | | |
| Njursjukdom; vilken: | | | |
| Blodsmitta; vilken (tex hepatit): | | | |
| Diabetes; sedan när: | | | |
| Ledsjukdom/besvär; beskriv: | | | |
| Sömnapné; andningsuppehåll under sömn | | | |
| Använder du CPAP | | | ----- |
| Blödarsjuka/Får lätt blåmärken | | | |
| Tidigare blodpropp/anlag för blodpropp | | | |
| Höga blodfetter | | | |
| Kroniska sår eller eksem/hudförändringar på underbenen | | | |
| Kraftigt svullna underben | | | |
| Har du några fysiska eller psykiska handikapp; vilket: | | | |
| Psykiatrisk diagnos; vilken (även eventuell depression): | | | |
| Tidigare eller aktuell diagnostiserad ätstörning; vilken: | | | |
| Tidigare eller pågående behandling av psykolog eller psykiater | | | |
| Har du varit eller är Du beroende av alkohol eller andra droger | | | |
| Är du allergisk mot något läkemedel; ange vilket/vilka: | | | |
| Har du någon annan allergi; tex latex, nickel, tejp; ange vad: | | | |
| Behöver du specialkost; vilken: | | | |
| Har du opererats tidigare; ange när, var och varför: | | | |
| 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: | | | |
| Andra sjukdomar/symtom/besvär: | | | |
| Aktuell vikt: | | Maximal vikt under livet: | |
| Längd: | | År för maximal vikt: | |
| Aktuellt BMI: (ifylles av personalen) | | Max BMI: (ifylles av personalen) | |

Ifylles av personalen:

Inskrivningsdatum:..... Operationsdatum:.....

Operatör:..... Övrigt:.....

Namn:.....

2(3)



CARLANDERSKA

Personnummer:.....

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

| Läkemedel | Styrka | Antal/dag |
|-----------|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Röker du; ange i så fall hur många cigaretter: | | |
| Är du ex-rökare; ange i så fall vilket år Du slutade: | | |
| Dricker du alkohol; ange i så fall Din ungefärliga veckokonsumtion: | | |
| Har Du vårdats/arbetat på någon vårdinrättning utomlands under de senaste 12 månaderna (gäller även tandvård); ange i så fall var, när samt varför: | | |
| Har du besökt Västafrika de senaste 3 veckorna? | | |
| Kommer Du att använda dig av tolk vid Din kontakt med oss på Carlanderska; i så fall ange Ditt modersmål: | | |

Frågor att besvara om du är kvinna;

Kan Du vara gravid? Vet ej Nej Ja Önskar Du att bli gravid? Nej Ja

Brukar Du äta mer om Du känner Dig tex orolig, ledsen, arg eller glad? Nej Ja

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

Kommentarer:.....

.....

.....

(Kommentera gärna mer om Dina matvanor på baksidan av pappret!)

Vilken är Din målvikt efter operationen? kg

Vilka är de huvudsakliga anledningarna till att Du vill minska Din vikt?.....

.....

.....

Kommer Du få bra stöd från Dina närmaste anhöriga efter din operation? Nej Ja

Kommentarer:.....

Namn:.....

3(3)



CARLANDERSKA

Personnummer:.....

Övrig information som Du vill att vi tar del av:

.....
.....
.....

Söker Du vård hos oss ; som privatbetalande med privat vårdförsäkring

Dina kontaktuppgifter: Ditt kön; Kvinna Man

| |
|---|
| Adress: |
| Postnummer och ort: |
| Telefonnr hem: |
| Mobilnr: |
| Telefonnr arbetet: |
| E-mailadress: |
| Arbetsuppgifter samt tjänstgöringsgrad i procent (uppgifterna kan behövas vid sjukskrivning): |

Kontaktuppgifter till anhöriga:

| |
|--------------------|
| Namn: |
| Telefonnr hem: |
| Mobilnr: |
| Telefonnr arbetet: |
| Relation till Dig: |

Sekretess under Din kommande vårdtid hos oss:

- vi får berätta att Du är inskriven/vårdas på Carlanderska
- vi får **inte** berätta för någon, om du inte anger till vem, att Du är inskriven/vårdas hos oss

Vi ber Dig nedan skriva under Din hälsodeklaration för att intyga att informationen Du lämnat är med sanningen överensstämmande samt för att ge oss tillåtelse att inhämta journalkopior från Dina eventuella tidigare vårdtillfällen som kan vara av betydelse för vår vård av Dig som patient.

Ort och datum:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande:.....

Personnummer:.....