

Hälsodeklaration

Namn..... **Personnummer.....**

Fyll i denna hälsodeklaration och ta med den till undersökningen.
Glöm inte att underteckna hälsodeklarationen nedan.

Har Ni:	Nej	Ja	
Överkänslighet	Om ja, mot vad?.....
Blodsmitta	Om Ja, vilken?.....
Hjärtsjukdom	Om Ja, vilken?.....
Högt blodtryck	
Pacemaker	
Mekanisk hjärtklaff	
Astma	
Diabetes	
Höftprotes	
Epilepsi	
Är Du gravid	

Övriga sjukdomar och/eller operationer: _____

Har Ni tagit följande mediciner de 3 senaste veckorna

	Nej	Ja
Antibiotika eller Penicillin
Losec, Lanzo eller Nexium
Waran, Trombyl eller annat blodförtunnande läkemedel

Daglig medicinering: _____

Namnteckning