



## Medicinsk hälsodeklaration

Namn .....

Personnummer .....

Den medicinska hälsodeklarationen är ett viktigt underlag inför läkarundersökningen.

Om du har eller har haft någon skada, sjukdom eller funktionsnedsättning eller genomfört en operation som du tror har betydelse för din medverkan, ska du även ta med journalkopior eller intyg.

) NEJ  JA

1. Känner du dig frisk?  NEJ  JA

2. Har du någon skada eller sjukdom nu? Om ja, beskriv kortfattat dina besvär.  NEJ  JA

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

3. Hur mycket väger du? ..... kg      Hur lång är du? ..... cm

4. Äter du specialkost eller diet på grund av överkänslighet/allergi eller sjukdom?  NEJ  JA

Om ja, ange vilken typ av kost eller diet.

.....  
.....

5. Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet som t.ex. rinnande, kliande och/eller svullna ögon. Nästäppa och/eller snuva (hösnuva). Andningsproblem?  NEJ  JA

Om ja, beskriv och vad orsakar/orsakade dina besvär?

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

Har du någon medicin för dina besvär? Om ja, ange medicinens namn.

.....  
.....  
6. Har du eller har du haft astma?  NEJ  JA

Om ja, vad utlöser/utlöste eller förvärrar/förvärrade din astma?

.....  
.....  
Har du mediciner för din astma? Om ja, ange medicinens namn.

.....  
.....  
7. Har du eller har du haft eksem?  NEJ  JA

Om ja, var på kroppen har du eller har du haft eksem?

.....  
.....  
Hur behandlar du ditt eksem?

.....  
.....  
8. Har du eller har du haft någon annan hudsjukdom?  NEJ  JA

Om ja, ange vilken.

.....  
.....  
9. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i rygg eller nacke?  NEJ  JA

Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

.....  
.....  
Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

.....  
.....  
10. Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär i axlar, armar eller händer?  NEJ  JA Om

ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

.....  
.....  
Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

11. Har du eller har haft skada eller besvär i höfter, knän, fotleder eller fötter?  NEJ  JA  
Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid de pågått.

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

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

.....  
.....

12. Har du eller har du haft epilepsi?  NEJ  JA

Om ja, när hade du sista anfallet och äter du några mediciner.

.....  
.....

13. Har du ofta besvärande huvudvärk/migrän?  NEJ  JA  
Om ja, ange vilken typ av huvudvärk du har och hur ofta.

.....  
.....

14. Har du eller har du haft besvär eller sjukdom i mage och/eller tarm?  NEJ  JA  
Besväras du av långvarig diarré, förstoppning eller blod i avföringen?  NEJ  JA

Om ja, Beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

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

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

.....  
.....

15. Har du eller har haft klaffel, blåsljud, hjärtklappningsattacker eller annan hjärtåkomma?  
 NEJ  JA. Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

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

Vilken behandling har du fått?

.....  
.....

16. Har du lätt för att bli yr och/eller lätt för att svimma?  NEJ  JA

17. Har du diabetes?  NEJ  JA. Om ja, ange vilken behandling du får.

.....  
.....

18. Har du eller har du haft någon hormonsjukdom t.ex. tillväxt- eller sköldkörtelhormons rubbning?  
) NEJ  JA. Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått?

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

Om du får eller har fått behandling, ange vilken.

.....  
.....

19. Har du eller har du haft skada eller sjukdom i njurar, prostata (man), endometriosis (kvinna) eller urinvägar?  NEJ  JA.  
Om ja, beskriv dina besvär och ange under hur lång tid de pågått samt om du fått någon behandling.

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

20. Har du eller har du haft besvär med sängvätning efter 15 års ålder?  NEJ  JA

21. Är du påtagligt köldkänslig?  NEJ  JA

22. Har du någon gång förfrusit någon kroppsdel och fått bestående besvär?  NEJ  JA  
Om ja, ange vad du har förfrusit.

.....  
.....

23. Har du nedsatt syn? På vilket öga?  HÖGER  VÄNSTER  BÅDA  
Förbättras din synsättning med glasögon eller linser?  NEJ  JA

24. Har du eller har du haft någon ögonskada eller ögonsjukdom?  NEJ  JA  
Om ja, beskriv dina besvär.

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

25. Har du eller har du haft någon öronsjukdom?  NEJ  JA  
Om ja, beskriv dina besvär och under hur lång tid besvären pågått.

.....  
.....

.....  
Om du får eller har fått behandling, ange vilken.  
.....  
.....

26. Har du nedsatt hörsel?  NEJ  JA  
Om ja, på vilket öra?  HÖGER  VÄNSTER  BÅDA

27. Sätt ett kryss i rutan om du har eller har haft något av nedanstående besvär.  
 Stark oro eller ångest  Torg- eller cellskräck  Tvångstankar eller tvångshandlingar   
Sömnpblem  Självmordstankar  Ätstörning  Perioder av svår nedstämdhet  
 Neuropsykiatrisk diagnos  Andra psykiska problem

28. Har du eller har du haft något annat hälsoproblem som föranlett kontakt med sjukvården, eller tar du några mediciner utöver det som tagits upp tidigare i denna hälsodeklaration?  NEJ  JA  
Om ja, beskriv.  
.....  
.....  
.....

29. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?  Arbete  Studier  Pensionär  Annan

30. Vilka är dina fritidsintressen? Beskriv kortfattat.  
.....  
.....  
.....

31. Utövar du fysiska aktiviteter (tävlingsidrott) eller motionerar du regelbundet?  NEJ  JA  
Om ja, vad brukar du göra?

Hur ofta?  1 gång/vecka  2-3 gånger/vecka  4 gånger eller mer/vecka

32. Är du van att vistas i naturen?  NEJ  JA

Om ja, vad gör du då?  
.....  
.....

33. Röker du?  NEJ  JA  
Om ja, hur mycket?  
.....

34. Snusar du?  NEJ  JA  
Om ja, hur mycket?

.....  
35. Dricker du alkohol?  NEJ  JA

Om ja, hur ofta och hur mycket?  
.....

35. Har du använt andra droger än alkohol?  NEJ  JA

Om ja, vad och när?  
.....

36. Har du använt anabola steroider?  NEJ  JA

Om ja, vad och när?  
.....

Närmast anhörig att kontakta om något oförutsett inträffar och vi behöver kontakta dem:

Namn.....

Telefonnummer.....

Underskrift att lämnade uppgifter i hälsodeklarationen är riktiga

**Din underskrift** .....

**Hälsodeklarationen tas med vid din ankomst till Föllingegården Hälsocenter**