

Namn:..... Telefonnummer .....

Personnummer:.....

## 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 per post till: **Carlanderska sjukhuset; Metabolt Center; Carlandersplatsen 1 405 45 Göteborg**

Sjukdomar/Symtom	Ja	Nej	Vet ej
Hjärtsjukdom; vilken:			
Högt blodtryck			
Höga blodfetter			
Tidigare blodpropp/anlag för blodpropp			
Blödarsjuka/Får lätt blåmärken			
Lungsjukdom; vilken:			
Neurologisk sjukdom; vilken:			
Sömnapné; andningsuppehåll under sömn			
Använder du CPAP (andningsmask vid sömn)			
Reumatisk sjukdom/artros?			
Nackproblem/rörelseproblem eller smärta			
Diabetes; sedan när:			
Kroniska sår eller eksem/hudförändringar på underbenen			
Kraftigt svullna underben			
Njursjukdom; vilken:			
Har du några fysiska eller psykiska handikapp; vilket:			
Blodsmitta; vilken (tex hepatit):			
Är du allergisk mot något läkemedel eller pollen; ange vilket/vilka:			
Har du någon annan allergi; tex latex, nickel, tejp; ange vad:			
Behöver du specialkost; vilken:			
Röker eller snusar du; ange hur många cigaretter dagligen.			
Är du fd. rökare, vilket år slutade du?			
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- besvär eller handikapp? I så fall vilka?			
Som kvinna, kan du vara gravid eller önskar du bli gravid? Stryk under aktuellt alternativ			
Har du vårdats/arbetat på någon vårdinrättning utomlands under de senaste 12 mån (gäller även tandvård); ange i så fall var, när samt varför:			
Kommer du att använda dig av tolk vid din kontakt med oss på Carlanderska; i så fall ange ditt modersmål:			
Aktuell vikt:		Maximal vikt under livet:	
Längd:		Vilket 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

Söker Du vård hos oss ;  som privatbetalande  privat sjukvårdsförsäkring

Dina kontaktuppgifter: Ditt kön; Kvinna Man

Adress:

Postnummer och ort:

Mobilnr:

E-mailadress:

Arbetsuppgifter samt tjänstgöringsgrad i procent (uppgifterna kan behövas vid sjukskrivning):

Kontaktuppgifter till anhöriga:

Namn:

Mobilnr:

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 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:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande:.....

Personnummer:.....

**Nedanstående uppgifter är viktiga för oss, men kan vara känsliga. Uppgifterna kommer inte att följa med journalen till vårdavdelningen utan stannar hos oss på mottagningen.**

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

**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 mycket stora mängder mat under en kortare period av dagen?**  Nej  Ja

**Kommentarer:**.....  
 .....  
 .....

**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:**.....  
 .....

**Information som kan vara viktig för oss att ta del av inför eventuell operation:**

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