



Personuppgifter

Namn _____
Personbeteckning _____
Telefon _____
Närmast anhörig _____

Datum _____

Bor du ensam?

Ja Nej

Tfn _____

Skostorlek _____

Allmänna hälsouppgifter

Längd _____ Är du gravid? Ja Nej

Vikt _____ Använder du tobak? Ja Nej Om ja, VAD _____ i _____ år
_____ mängd/dag.

Är du allergisk för något läkemedel? Ja Nej Om ja, vilket? _____

Om ja, beskriv de symptom du fick: _____

Är du allergisk för något annat? Ja Nej Om ja, vad? _____

Om ja, beskriv de symptom du fick: _____

Använder du något hjälpmedel (t.ex. glukosensor s.k. knapp, hörapparat, rullstol, CPAP eller tandprotes)?

Ja Nej

Om ja, vilka? _____

Behöver du hjälp med dagliga sysslor? Ja Nej Om ja, vilka? _____

Äter du någon specialdiet? Ja Nej Om ja, vad? _____

Blir du lätt åksjuk eller sjösjuk? Ja Nej

Tidigare operationer

Har du opererats tidigare? Ja Nej

Har det varit någon operationskomplikation? Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Har du något/några implantat i kroppen?
(t.ex. pacemaker, metall eller skruvar) Ja Nej Om ja, ange vilket, vilka: _____

Har du vårdats eller genomgått undersökningar utanför Åland under de tre senaste åren? Ja Nej

Finns bakterieresistens (t.ex. MRSA eller VRE i din familj)? Ja Nej



Kondition

Kan du gå 2-3 trappor utan att stanna och vila? Ja Nej

Vilken grad av vardagsmotion orkar du med (t.ex. jogging, simning, snöskottning, dammsugning)?

Rörligheten begränsas av
Bröstsmärta Ja Nej
Andnöd Ja Nej
Smärta i benen Ja Nej
Annat Ja Nej
Har konditionen förändrats de senaste månaderna? Ja Nej

Har du för tillfället eller tidigare haft följande sjukdomar?

Förhöjt blodtryck Ja Nej Om ja, får du behandling? _____

Annan hjärtsjukdom? Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Blodpropp Ja Nej Om ja, ange var: _____

Blödningsbenägenhet Ja Nej Om ja ange vilken/vilka: _____

Annan blodsjukdom Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Sjukdomar i lever eller njure Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Diabetes Ja Nej Om ja, är den insulinbeh? _____

Sjukdom i leder, skelett eller muskler Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Lungsjukdom, t.ex. astma Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Mag-/tarmsjukdom Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Neurologisk eller psykisk sjukdom? Ja Nej Om ja, ange vilken/vilka: _____

Min egen bedömning av min hälsa

Läkemedel

Vilka läkemedel eller hälsokostpreparat tar du regelbundet? (namn, styrka, dosering)

Vilka mediciner tar du vid behov? (namn, styrka, dosering)

Patient underskrift

Vårdpersonal underskrift