



Informationen du lämnar i detta formulär är till för att din operation och bedövning ska kunna genomföras på säkraste och bästa sätt. Besvara frågorna så noga som möjligt. Om du inte vet exakta årtal och siffror skriv så gott du kan.

---

## Personlig information

**Förnamn**

**Efternamn**

**Personnummer**

**Mobilnummer**

**Hemadress**

**Ort**

**Postnummer**

**Längd**

**Vikt**

**Rökning** Nej, har aldrig rökt  
Ja  
Nej, har slutat år:

**Alkohol:** Nej  
Någon gång/vecka  
Nästan dagligen

**Droger** Nej  
Någon gång/vecka  
Nästan dagligen

Information om rökning, alkohol, droger och kirurgi:  
Om du röker, dricker alkohol eller använder droger ofta eller i större mängder har du en ökad risk att drabbas av komplikationer i samband med en operation. Fråga gärna innan operationen om du är osäker.

---

## Allergier och läkemedel

Är du allergisk mot något läkemedel? Om ja, mot vad och vilka symptom?

Har du någon annan allergi eller överkänslighet? Om ja, mot vad och vilka symptom?

Använder du läkemedel regelbundet? Om ja, vilka och i vilken styrka och mängd?

---

## Andra sjukdomar

Kryssa för de sjukdomar eller problem i listan som du har och beskriv vid behov:

Hjärtsjukdom	Nej Ja
Högt blodtryck	Nej Ja
Stroke	Nej Ja
Lungsjukdom	Nej Ja

Har du lätt för att bli åksjuk?	Nej Ja
Diabetes	Nej Ja
Muskelsjukdom	Nej Ja
Leversjukdom	Nej Ja
Njursjukdom	Nej Ja
Hudsjukdom	Nej Ja
Ledsjukdom/reumatisk sjukdom	Nej Ja
Blodpropp som krävt/kräver blodförtunnande behandling (någon gång i livet)	Nej Ja
Andfåddhet eller bröstsmärta i samband med ansträngning	Nej Ja
Blödningssjukdom eller lätt att få blåmärken	Nej Ja
Daglig eller frekvent smärta	Nej Ja
Psykiska besvär, psykiatrisk sjukdom eller funktionsnedsättning	Nej Ja
Ärftlig sjukdom	Nej Ja
Annan sjukdom eller besvär	Nej Ja
Har du blivit opererad någon gång? Om ja, för vad?	Nej Ja

Övrig information av betydelse för ditt hälsotillstånd eller din behandling

Dagens datum

Underskrift

(skriv under med hjälp av signeringsfunktionen i Acrobat Reader eller skriv ut och signera för hand)

---