

# ATT FYLLA I INFÖR DIN VÅRDTID PÅ SÖS: HÄLSODEKLARATION

VERKSAMHETSOMRÅDE SPECIALISTVÅRD/UROLOGISKA KLINIKEN



Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

På urologiska kliniken vill vi att patienterna ska få möjlighet att aktivt ta del och på olika sätt medverka i sin egen vård. Vi skickar därför ett formulär med frågor om ditt dagliga liv och din hälsa. Med utgångspunkt från den information som du ger oss vill vi planera din vårdperiod för att ge dig en bra omvårdnad. Vi går igenom dina frågor och svar när du kommer till förbesök och kompletterar eventuellt med ytterligare frågor. Vi är tacksamma om du fyller i detta formulär innan du kommer till oss.

## Boende

### Vilken typ av boende har du?

Villa/radhus  Lägenhet  Servicehus  Annat: \_\_\_\_\_

Har du hemtjänst eller liknande? Nej  Ja

Hur ofta? \_\_\_\_\_

Om ja, ange namn och telefonnummer till den som ansvarar för dig i kommunen

Har du färdtjänst? Nej  Ja



**SÖDERSJUKHUSET**

Besöksadress Sjukhusbacken 10 Postadress 118 83 Stockholm  
Telefon 08-616 10 00, [www.sodersjukhuset.se](http://www.sodersjukhuset.se)  
SL-buss 3, 4, 164 Pendeltåg Stockholm Södra

## Sociala relationer

Närmast anhörig/-a som vi, vid eventuellt behov, kan kontakta under din vistelse hos oss:

Namn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Får upplysningar till anhöriga lämnas ut under din vistelse hos oss?

Nej  Ja

## Mat

Speciell kost eller diet?

Nej  Ja  Ange vad: \_\_\_\_\_

Längd \_\_\_\_\_ cm Vikt \_\_\_\_\_ kg

Har du gått ned i vikt senaste månaderna?

Nej  Ja  Antal kilo: \_\_\_\_\_

## Hälsa

Har du allergi? Nej  Ja

Om ja, ange mot vad:

Medicin  Kontrast  Lokalbedövning  Plåster  Dofter  Mat

Annat, specificera: \_\_\_\_\_

Har du hjärt- och lungproblem? Nej  Ja  Ange vad: \_\_\_\_\_

Orkar du bara gå sakta eller mycket korta sträckor?

Nej  Ja  Ange varför: \_\_\_\_\_

Röker du? Nej  Ja  Snusar du? Nej  Ja

Har du diabetes? Nej  Ja

Har du regelbundet besvär med sura uppstötningar/halsbränna?

Nej  Ja

Har du hudproblem? Nej  Ja

Om ja, ange vad: Eksem  Psoriasis  Sår  Svamp

Har du problem med dina tänder?

Nej  Ja  Om ja, ange vad: \_\_\_\_\_

Får du lätt blåmärken? Nej  Ja  Är du lättblödande? Nej  Ja

Har du i samband med någon operation haft en stor blödning?

Nej  Ja

Har du andra sjukdomar som du tror har betydelse inför din vistelse hos oss?

Nej  Ja  Ange vad: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### Har du opererats tidigare?

Nej  Ja  Ange vad och när: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### Har du under de senaste 6 månaderna legat på sjukhus i Sverige eller utomlands?

Nej  Ja  Ange var och när: \_\_\_\_\_

### Mediciner

#### Äter du blodförtunnande medicin?

Nej  Ja  Waran  Trombyl  styrka \_\_\_\_\_ mg

Annat: \_\_\_\_\_

#### Äter du några andra mediciner?

Nej  Ja

Om ja, ange:

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Styrka: \_\_\_\_\_ Antal: \_\_\_\_\_ Klockan: \_\_\_\_\_

