

Konfidentiellt

Det är viktigt att hälsoschemat fylls i så noggrant som möjligt, så att alla medicinska upplysningar kommer fram. Det är för din trygghet. Upplysningarna kommer att bevaras i din journal på MajaKliniken. Tystnadsplikt gäller vid all vård.

Namn _____ Personnummer _____

Adress _____ Postnummer _____ Ort _____

Telefon privat _____ Telefon arbete _____ Mobiltelefon _____

e-post _____ Yrke _____

Längd _____ Vikt _____ Ålder _____

Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hjärtsjukdom (bröstmärta, infarkt, oregelbunden hjärtrytm, annan)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Högt blodtryck? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Lungsjukdom (astma, bronkit, lunginflammation, tuberkulos, KOL, annat)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergi (mot mediciner, pollen, djur, annat)? _____ | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes (sockersjuka)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Magbesvär (magkatarr, halsbränna, magsår)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. Njursjukdom (upprepade blåskatarrer, urinvägsinfektioner, njurinflammation)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8. Blodsjukdom (anemi, leukemi, polycytemi)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9. Neurologiska sjukdomar (epilepsi, migrän, yrsel, lätt att svimma)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10. Hudsjukdom (psoriasis, eksem)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 11. Reumatisk sjukdom (inflammade leder, Bechterew)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du någon ögonsjukdom? Om Ja, vilken _____ | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du haft kontakt med ögonläkare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 14. Har du en liksidig och bra syn på båda ögonen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 15. Använder du (eller har du någonsin använt) smörjande ögondroppar? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

FORTSÄTT!



MAJAKLINIKEN