

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning du har sökt vård.

Vårdbegäran skickas till CK Kirurgkliniken, Edövägen 2, 132 30 Saltsjö-Boo Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| Personnummer (ååååmmdd-xxxx) | | |
| Efternamn | | Förnamn |
| Gatuadress | | Postnummer och postadress |
| Telefon bostad | Telefon mobil och/eller arbete | Vårdcentral |
| Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits! (Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till!) | | |
| Har du sökt vård tidigare för samma besvär? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Om du svarar ja – vilken mottagning och år? | | |
| Är du sjukskriven? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad? | | Sjukskriven t o m: |

Hälsodeklaration

| | | |
|--|-------|--|
| 1. Längd: | Vikt: | |
| 2. Jag får andnöd när jag går uppför en trappa så att jag behöver stanna och vila (minst 15 trappsteg)? | | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du eller en nära anhörig överkänslighet mot narkosmedel , (malign hypertermi) eller någon ärftlig muskelsjukdom? Om Ja, vad? | | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du s.k. sömnapné ? (snarkning med andningsuppehåll, vilket krävt utredning eller behandling) | | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du eller har du haft någon hjärt-/kärlsjukdom ? (hjärtinfarkt, hjärtsvikt, kärlkramp, flimmer, pacemaker, klaffel) Om Ja, vad? | | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 6. Har du opererats för sjukdom i dina artärer/pulsådror (aorta/halsartär)? Om Ja, vad? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du haft stroke/TIA- eller hjärnblödning ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du någon neurologisk sjukdom ? Epilepsi/Parkinson/MS eller annat? Om Ja, vad? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du någon lever- eller njursjukdom ? Om Ja, vilken? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 10. Har du insulinbehandlad diabetes ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 11. Har du någon blödningssjukdom ? Om Ja, vilken? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du haft blodpropp som kräver blodförtunnande behandling ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du någon reumatisk sjukdom ? Om Ja, vilken? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 14. Behandlar du för högt blodtryck ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 15. Har du någon lungsjukdom ? Astma/kronisk bronkit, hosta eller annat. Om Ja, vad? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 16. Har du tablett- eller kostbehandlad diabetes ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 17. Medicinerar du för psykiska besvär ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 18. Röker du eller har du varit rökare ? Hur länge? Hur mycket? Slutat sedan? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 19. Har du sura uppstötningar/halsbränna ? Varje dag Flera ggr/vecka? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 20. Dricker du alkohol ? Om Ja, hur många standardenheter / vecka? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 21. Har du någon känd allergi eller överkänslighet ? (D.v.s. reagerat på penicillin, lokalbedövningsmedel, värktabletter, plåster, kost, djur m.m.) Om Ja, vad? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 22. Har du tidigare blivit opererad ? För vad? Ev. komplikationer i samband med detta? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 23. Blir du lätt illamående eller åksjuk ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 24. Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 25. Har du eller har du haft resistenta bakterier ? (T. ex. MRSA, VRE eller ESBL) Om Ja, markera den bakterie du har eller har haft. | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 26. Har eller har du haft någon blodsmitta ? Om Ja, vilken? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 27. Har du haft Covid-19 ? Om Ja, när? Har du några bestående besvär efter detta, vad? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 28. Om du är kvinna Är du gravid ? Ammar du? Äter du P-piller eller har hormonspiral ? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 29. Något annat du tycker att vi behöver veta? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 30. CK Kirurgkliniken är ansluten till de svenska nationella kvalitetsregistren. Uppgifter i kvalitetsregistren är sekretesskyddade. Genom att lämna ditt bidrag till kvalitetsregistren är du med och förbättrar vården. Jag accepterar att uppgifter från mitt vårdtillfälle får sändas till aktuella kvalitetsregister. (Har du frågor kan du vända dig till vårdpersonalen.) | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 31. Jag ger mitt samtycke till att CK Kirurgkliniken får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle och att remitterande läkare får min läsa min journal (remissvar). | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

SJUKDOMAR - Vänligen skriv upp dina sjukdomar här.

MEDICINLISTA - Ange alla läkemedel du använder, även naturläkemedel.

OBS! Tag med aktuell läkemedelslista till mottagningsbesöket.

| Läkemedel | Styrka | Dos |
|-----------|--------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Datum _____

Underskrift _____