# Dr Robert Landin Personnummer:………………………………………

# Dr Per Maxander

Dr Jan Ericsäter

Namn: ……………………………………………….

## Checklista inför poliklinisk operation

För att öka säkerheten och kunna ge Dig ett så bra omhändertagande som möjligt ber vi Dig svara på nedanstående frågor.

Tag med lappen till operationsavdelningen!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | **Har Du:** |
| **Ja** | **Nej** |  |
| **€** | **€** | - hjärt- eller lungsjukdom? (kärlkramp, haft hjärtinfarkt, astma, bronchit)Vad? ………………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - högt blodtryck?………………………………………………………………………………………... |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - sockersjuka (diabetes)?………………………………………………………………………………………... |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - lever- eller njursjukdom?Vilken? ……………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - pågående infektion (förkylning, lunginflammation, halsfluss etc)?Vad? ………………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - någon annan sjukdom?Vilken? ……………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - lätt för att blöda? ………………………………………………………………………………………... |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - Är Du allergisk/överkänslig för något (medicin, födoämnen etc)?Vad? ………………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| **€** | **€** | - Tar Du någon medicin regelbundet?Vilken/Vilka? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………Patientunderskrift |