

# Hälsodeklaration



Datum för konsultation: .....

**Kund nummer** .....

## **Personuppgifter**

**Namn** .....

**Personnummer** .....

**Adress** .....

**Telefon** .....

**e-mail** .....

**Yrke/sysselsättning** .....

*Den personliga information som vi samlar in hanteras på ett ansvarsfullt sätt med hänsyn till din integritet. Vi hanterar alla personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning.*

JAG SAMTYCKER TILL ATT NI SKICKAR INFORMATION TILL MIG PÅ FÖLJANDE SÄTT:

Nyhetsbrev  E-mail

Patientrelaterad information  E-mail  Brev  Sms

Kundundersökning  E-mail

## HÄLSOINFORMATION

**Tar du regelbundet någon medicin? (Gäller även p-piller, hormoner, vitaminer och naturläkemedel.)**

Ja  Nej

Om ja, vilken?

.....  
.....  
.....

**Har du, eller har du haft, någon allvarlig sjukdom?**

Ja  Nej

Om ja, vad och när?

.....  
.....  
.....

**Har du, eller har du haft, någon hudsjukdom?**

Ja  Nej

Om ja, vilken?

.....  
.....  
.....

**Har du epilepsi?**

Ja  Nej

**Har du högt blodtryck?**

Ja  Nej

**Har du diabetes?**

Ja  Nej

Om ja, vilken typ?

.....  
.....  
.....

**Har du läppherpes (dvs herpes i ansiktet)?**

Ja  Nej

**Har du någon pågående infektion?**

Ja  Nej

**Har du någon form av blodsmitta?**

Ja  Nej

Om ja, vilken?

.....  
.....  
.....

**Är du överkänslig eller allergisk mot några mediciner?**

Ja  Nej

Om ja, vilka?

.....  
.....  
.....

**Har du gjort några hudbehandlingar tidigare (t.ex. kemisk peeling, laser eller needeling)?**

Ja  Nej

Om ja, vad/vilka?

.....  
.....  
.....

**Har du tidigare reagerat mot hudbehandlingar eller hudvårdsprodukter?**

Ja  Nej

Om ja, mot vad?

.....  
.....

**Har du upplevt fördröjt sårläkning, ärrbildning eller pigmentrubbing efter hudbehandlingar?**

Ja  Nej

Om ja, vad?

.....  
.....

**Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna?**

Ja  Nej

Om ja, när?

.....  
.....

**Använder du någon form av nikotin? Gäller även nikotinplåster och dylikt.**

Ja  Nej

Om ja, vad och hur mycket?

.....  
.....

**Finns det någon möjlighet att du är gravid?**

Ja  Nej

**Lider du av psykisk ohälsa?**

Ja  Nej

**Känner du dig fullt frisk?**

Ja  Nej

Jag intygar att ovanstående uppgifter är sanna och är införstådd med att osanna/ofullständiga uppgifter kan innebära en säkerhetsrisk vid min behandling. Jag ger mitt tillstånd att journalhandlingar sparas och rekvireras.

Datum för återbesök: \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

NAMNTECKNING: \_\_\_\_\_