



2021-01-25

Version 1

Datum för konsultationen:

## HÄLSODEKLARATION WALL MEDICAL

### NAMN OCH PERSONUPPGIFTER

Namn:

Personnr:

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.

-----

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?



Har du senaste veckan tagit några antiinflammatoriska smärtstillande mediciner så som Ipren, Voltaren (Diklofenak) och Naproxen?  Ja  Nej

Har du de senaste 2 veckorna tagit kosttillskott som Omega 3, Omega 6 och/eller E-vitamintillskott?  Ja  Nej

Är du överkänslig eller allergisk mot några mediciner?  
- Om ja, vilka?  Ja  Nej

Tål du tandläkarbedövning?  Ja  Nej

Har du någon gång haft en anafylaktisk reaktion mot något läkemedel?  Ja  Nej

Har du gjort några hudbehandlingar tidigare (t.ex. kemisk peeling, laser eller needeling)?  
- Om ja, vad/vilka?  Ja  Nej

Har du tidigare gjort någon behandling med permanent filler?  
- Om ja, var någonstans och när?  Ja  Nej

Har du tidigare reagerat mot hudbehandlingar eller hudvårdsprodukter?  
- Om ja, mot vad?  Ja  Nej

Har du upplevt fördröjd sårhäkning, ärrbildning eller pigmentrubbing efter hudbehandlingar?  
- Om ja, vad?  Ja  Nej

Har du vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna?  
- Om ja, när och var?  Ja  Nej

Använder du någon form av nikotin? Gäller även nikotinplåster och dylikt.  
- Om ja, vad och hur mycket?  Ja  Nej

Finns det någon möjlighet att du är gravid?  Ja  Nej

Ammar du?  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 och laboratorieprover rekvireras som underlag för medicinsk bedömning ifall det skulle bedömas att behov för detta föreligger.

Namn-teckning