
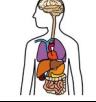




Tandvård • چاودیری تهنروستی ددان

دیاریکردنی لهشساغی

Hälsodeklaration

Namn:	ناو	
Personnummer:	ژماره ی کهسی	
Adress:	ئهدریس:	
Telefon:	تلهفون	
Vi vill att du besvarar följande frågor:	دهمانهویت ئەم پرسیار نه وه لام بدهیتهوه:	
Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	من لهشساغم <input type="checkbox"/> بهلی <input type="checkbox"/> نهخیر	
Jag är allergisk mot:	من حساسیەتم ههیه:	
Jag har följande mediciner:	من ئەم دهرمانانەم ههیه:	
Jag går hos läkare:	من دهچمه لای دکتور:	

Jag är:	من ئەمانەم بۆ کراوه:	
<input type="checkbox"/> strålbehandlad	<input type="checkbox"/> چارەسەر به تیشک	
<input type="checkbox"/> transplanterad	<input type="checkbox"/> چاندنی ئورگانیکی لهش	
<input type="checkbox"/> gravid	<input type="checkbox"/> دووگیانم	
<input type="checkbox"/> rökare/snusare	<input type="checkbox"/> جگهره دهکیشم/ سنوس بهکار دینم	

Jag har eller har haft:	من ئەم حالەتەنەم هەبوو یان هەمە:	
<input type="checkbox"/> hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> گێروگرفتی دڵ	
<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck	<input type="checkbox"/> بەرزى یان نزمى گوشارى خوین	
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> نەخۆشى شەکرە	
<input type="checkbox"/> magbesvär	<input type="checkbox"/> گێروگرفتی گەدە	
<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär	<input type="checkbox"/> گێروگرفتی جگەر یان گێروگرفتی زراو	
<input type="checkbox"/> njursjukdom	<input type="checkbox"/> نەخۆشى گورچیلە	
<input type="checkbox"/> blödningsjukdom	<input type="checkbox"/> نەخۆشى خوین بەربوون	
<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> نەخۆشى روماتیزمە	
<input type="checkbox"/> epilepsi	<input type="checkbox"/> پەركەم	
<input type="checkbox"/> tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> نەخۆشى لوولیهاتن	
<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)	<input type="checkbox"/> نەخۆشى درمی خوین ، ئەیدز ، ئیلتیھابی جگەر	
<input type="checkbox"/> konstgjorda hjärtklaffar, <input type="checkbox"/> höftleder eller andra	<input type="checkbox"/> زمانەى دڵ ، جومگەى سێبەندەى دروستکراو یان ئۆرگانى تری چینراو	
<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC	<input type="checkbox"/> نەخۆشى سی / سیل	

