

Hälsodeklaration

Namn: _____ Personnr: _____

Adress _____ Försäkringsnummer: _____
(vid betalande privatvårdsförsäkring)
(försäkringen betalar ej sen avbokning)

Postadress: _____

Telefon Hem: _____ Arbete: _____ Mobil _____

Mailadress: _____ @ _____ Vill ha tips/råd på mailen

	JA	NEJ
Jag anser mig vara frisk (frånsett det jag nu söker för) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ni nu eller tidigare haft följande sjukdomar/tillstånd?		
Allergi, astma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatiska besvär själv eller i släkten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt/kärl sjukdom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodsjukdom, blodsmitta, ökad blödningsbenägenhet _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet du ditt blodtryck? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumör, cellförändringar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastig viktnedgång _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnbesvär _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampanfall, epilepsi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravid, förlossning år _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mens, -gyn, prostatabesvär _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar du mediciner regelbundet (även p-piller) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder ni nu eller tidigare kortison _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röker, snusar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare behandlad för liknande besvär _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genomgått MR-, Rtg- eller CT undersökning _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan ovan ej angiven sjukdom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyligen förkylning, feber, illamående, kräkningar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas ni f.n. av läkare, för vad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

När gjorde du senast en hälsokontroll/undersökning _____

Hur mycket besvärar dig din åkomma i din vardag 0 ----- 10
Näm 3 aktiviteter som besvärar dig mest:

Hur har du fått din information om Adolf Fredriks Fysiocenter?

- Annonns/reklamutskick Sjukvårdsförsäkring Rekommendation Via Företag/Arbetsgivaren
 Webben, söksida..... På annat sätt, hur.....

O B S! Uteblivet besök eller återbud samma dag debiteras!

Datum: _____

Underskrift: _____