

Hälsodeklaration

Namn:.....

Kvinna Man

E-post:.....

Födelsedatum:.....

Företag:.....

Mobilnummer.....

	Ja	Nej	Vet ej	Mer information:
Gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led/muskelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mag/tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whiplash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbrändhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga hälsoproblem som inte nämns ovan:

.....
.....

Vilka är dina förväntningar på Ditt besök?

.....
.....

Datum

Underskrift

.....

.....

Tack!

Egna anteckningar

.....
.....



MATT I KROPPEN
Friskvård på ditt kontor!