

## HÄLSOFORMULÄR

Datum: .....

Namn: ..... Personnummer: .....

Telefon: ..... Yrke och bransch: .....

E-mail: ..... Jag samtycker till e-mail  Ja  Nej

Bor ensam    Sammanboende   Barn:  Ja    Nej

**Familjens och släktens** sjukdomar (t ex högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, hjärtinfarkt, stroke, struma, tjocktarmscancer, prostatacancer, grön starr, bröstcancer)

---

---

---

**Dina** tidigare och nuvarande sjukdomar/operationer: .....

---

---

---

Allergier?  Nej  Ja mot: .....

Jag känner mig frisk  Ja  Nej

Aktuella mediciner inkl. preventivmedel och hälsopreparat: .....

Normalkost    Specialkost: .....

Fysisk aktivitet antal gånger per vecka ..... Typ av aktivitet .....

Rökning  Aldrig rökt  Slutat år .....  Röker, antal per dag .....

Nikotin övrigt  Nej  Ja, detta: .....

Alkohol  Aldrig  Ja, så här många standardglas alkohol per vecka:

Vinglas 15 cl	33 cl starköl	4 cl sprit t ex whisky	50 cl folköl
Antal:	Antal:	Antal:	Antal:

Sjukvårdsförsäkring  Nej  Ja, sjukvårdsförsäkringsbolaget heter .....