

## Hälsodeklaration

Tobak & Alkohol	JA	NEJ
Röker du?		
Om ja, Hur ofta?		
Dricker du?		
Om ja, Hur ofta?		

Sjukdomar	JA	NEJ
Har du nu eller tidigare haft någon utav följande sjukdomar/tillstånd?		
Hjärt-eller kärlsjukdom?		
Sockersjuka (Diabetes)?		
Ledgångsreumatism?		
Astma		
Allergi?		
Eksem eller andra hudbesvär?		
Elakartad tumör (Cancer)?		
Epilepsi?		
Tuberkulos?		
Skelettskador?		
Nedsatt immunförsvar?		
Återkommande huvudvärk, migrän eller yrsel?		
Annan, ej ovannämnd sjukdom?		

Medicinsk behandling	JA	NEJ
Behandlas du för närvarande av en läkare?		
Använder du regelbunden medicin?		
Om ja, för vad och under vilken period?		
Har du behandlats för psykiatriska besvär?		
Om ja, för vad och under vilken period?		
Har du behandlats för fysiskt besvär?		
Om ja, för vad och under vilken period?		

Motion	JA	NEJ
Motionerar du regelbundet?		
Om ja, hur ofta?		
Deltar du i någon idrottsaktivitet?		
Om ja, hur ofta?		

Härmed försäkrar jag att ovan lämnade uppgifter är korrekta.

Ort

Underskrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_