

Namn \_\_\_\_\_ Födelsedatum \_\_\_\_\_ -XXXX

Adress \_\_\_\_\_ Postnummer \_\_\_\_\_

Epost \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Arbete/sysselsättning \_\_\_\_\_

Tidigare/nuvarande sjukdomar:	JA	NEJ	Symptom/ Tillstånd:	JA	NEJ
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRKYLNING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REUMATISM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SVULLNAD I KROPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMÖR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BEHANDLATS MED KORTISON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLÖDARSJUKAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPECIELL DIET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERKULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KONSTGJORDA LEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÄR DU GRAVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTMA/ALLERGI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BENBROTT/SKELETTSKADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÖRHÖJT/ LÅGT BLODTRYCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HAR/ HAFT ÄTSTÖRNINGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSKEL-/ BLODSJUKDOM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLODPROPPAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HJÄRT/ KÄRLSJUKDOMAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANNAN EJ ANGIVEN SJUKDOM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTROS/ARTRIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HAR HAFT/ HAR DISKBRÄCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BEHANDLAS DU AV LÄKARE? (I så fall för vad?)

ÄTER DU MEDICIN REGELBUNDET? (Vilken/Vilka?)

ÖVRIGT

Jag intygar härmed att jag svarat sanningsenligt på ovanstående frågor och ej utelämnat viktig information:	
Datum	Underskrift

