

Ja Nej

- Förhöjt blodtryck
 Hjärtbesvär/Hjärtfel
 Hjärnblödning
 Blödarsjuka
 Diabetes
 Ledsjukdom

Ja Nej

- Cancer
 Psykiska hälsoproblem
 Ätstörningar
 Epilepsi
 Blodsmitta (hepatit, HIV)
 Astma
 Övrigt: _____

Ja Nej

- Är du intresserad av att kontrollera ditt blodtryck och blodsocker om tid finns?**
(Gäller inte dig som redan står på behandling för diabetes eller hjärt-kärlsjukdom- inklusive högt blodtryck.)

Har du batterihjärta? (pacemaker)

Är du allergisk mot något? Om ja, ange mot vad: _____

Har du någon gång behandlats med:

Ja Nej

- Hjärtklaffsoperation
 Cellgifter
 Ledprotes
 Strålbehandling
 Organtransplantation

Ja Nej

- Tar du några mediciner för närvarande? Om ja, vilka: _____
 Tar du några naturläkemedel? Om ja, vilka: _____
 Behandlas du/har behandlats för benskörhet? _____
 Röker du? Om ja, antal cigaretter/dag: _____ Snusar du? Om ja, hur mycket/dag: _____

Om du är ny patient, hur hittade du oss?

Rekommendation av: _____ Webb Facebook Annat _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Mobiltelefon: _____

(Har vi ditt mobilnummer skickar vi ett sms som påminnelse 48 timmar innan besök hos oss.)

Telefon hem: _____ Telefon arbete: _____

E-postadress: _____

