

Hälsodeklaration

Namn: _____ Tel bostad: _____
Personnr: _____ Tel arbete: _____
Adress: _____

	ja	nej
Jag anser mig vara frisk förutom det jag nu söker för.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Ni nu/tidigare haft någon av följande sjukdomar/tillstånd?		
1. Hjärt- eller kärlsjukdom (infarkt, blodpropp, åderbräck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Svullnad (ödem) i kroppen (vrister, händer, buk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sockersjuka (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tumör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tuberkulos (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Krampanfall (epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skelettskador (benbrott, fraktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Annan, ovan ej nämnd sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nyligen förkylnings- eller febersjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har Ni nyligen vårdats inneliggande på sjukhus? Ange för vad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Behandlas Ni f.n av läkare? Ange för vad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Använder ni regelbundet mediciner? Vilka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Använder Ni, nu eller tidigare, cortison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar: _____

