

Hälsiformulär

Fyll i formuläret och ta med det till ditt första besök hos oss.

Du kan fylla i det antingen digitalt (kräver Acrobat Reader) eller för hand.

All information du lämnar är sekretessbelagd.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ospecificerat	<input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Varför söker du dig till oss?

Rygg- och/eller nackbesvär Annat

Om annat, vad?

Hur underhåller du din hälsa?

Motion Avslappning Annat

Kostmedveten Medicin Inget

Gör du något som du tror kan påverka din hälsa negativt?

Rökning Alkohol Annat

Kostvanor Stillasittande Inget

Stress Medicin

Har du varit med om någon operation?

Ja

Nej

Om ja, vad,
vart och när?

Tar du några mediciner?

Ja

Nej

Om ja, vilka?

Har du röntgat dig?

Ja

Nej

Om ja, vart och när?

Har du någon sjukdom som vi bör känna till?

Ja

Nej

Om ja, vilken
eller vilka?

Är du gravid?

Ja

Nej

På en tiogradig skala, där ett är så dåligt det kan
vara och tio är så bra det kan vara, hur mår du?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Något annat som vi bör känna till?