



## Hälsodeklaration

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Födelseår: \_\_\_\_\_

Telnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Besöksorsak: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Smärtorsak: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fritidsintresse/Motion: \_\_\_\_\_

Åkomma: Har eller har haft	JA	NEJ
Kryssa i JA eller NEJ		
Hjärt/kärlsjukdom		
Smittsam sjukdom		
Diabetes		
Smittsam blodsjukdom		
Reumatism		
Allergi		
Cancer		
Astma		
Epilepsi		
Ledbesvär		
Blödarsjuka		
Högt Blodtryck		
Lågt Blodtryck		

Tidigare massagebehandling:

\_\_\_\_\_

Medicinering: \_\_\_\_\_

Varför: \_\_\_\_\_



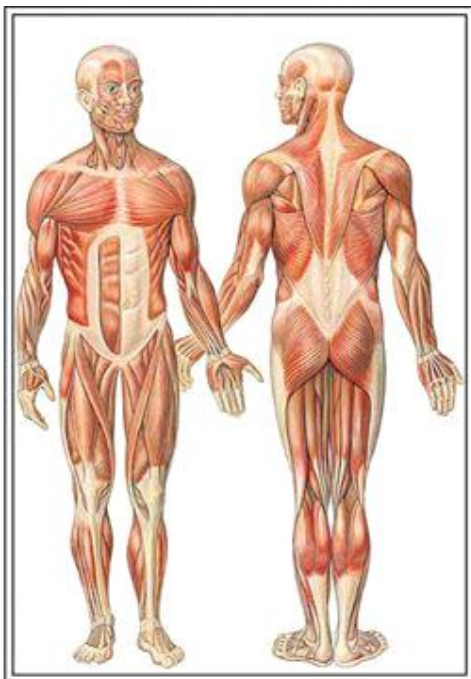
Operation ( närmaste året): \_\_\_\_\_

Frakturer (närmaste året): \_\_\_\_\_

Gravid: \_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_

Kryssa i bilden var det gör ont



Ringa in hur mycket smärta du har idag:

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Outhärdlig smärta

Härmed intygar jag att alla lämnade uppgifter är korrekta:

Datum: .....

Namn-teckning: .....