

# HÄLSODEKLARATION

Vi behandlar dina uppgifter med sekretess.

## Personlig information

Namn:

Personnr (ÅÅMMDD-XXXX):

Adress:

Postadress:

Telefonnummer:

E-post (ja, jag vill få bekräftelse om tid):

Vilken vårdcentral tillhör du?

## Hälsodeklaration

Har du diabetes/hjärt-kärlsjukdom? Ja  Nej

Har du/har haft cancerdiagnos? Ja  Nej

Har du en ledsjukdom (ex reumatism)? Ja  Nej

Har du osteoporos (benskörhet)? Ja  Nej

Har du någon annan sjukdom? Ja  Nej

Har du högt/lågt blodtryck? Ja  Nej

Behandlas du med kortison? Ja  Nej

Har du opererats, för vad? Ja  Nej

Hur ser dina alkohol- och tobaksvanor ut?

Hur ser dina tränings/motionsvanor ut?

Använder du medicin, vilka?

## Dina besvär

Har du behandlats av någon annan för dina besvär?

Har du gjort en röntgen, MR eller ultraljudsundersökning i samband med dina besvär?

Godkännande av sammanhållen journalföring Ja  Nej

Samtycker du till att annan vårdpersonal än behandlande fysioterapeut/sjukgymnast får ta del av dina journalanteckningar? Var god kryssa i, Ja eller Nej.