



Hälsodeklaration

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 (regelbundet/sporadiskt/nej) :

Medicinering: _____

Varför: _____



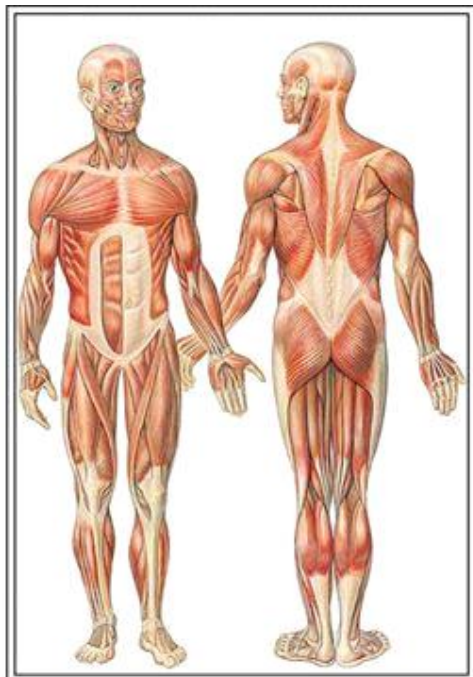
Operation (närmaste året): _____

Frakturer (närmaste året): _____

Gravid (Om ja vilken vecka): _____

Övrigt: _____

Kryssa i bilden var du har besvär



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:

Namnteckning: