

# HÄLSODEKLARATION Medicinsk mottagning SCÄ

Namn:

Personnummer:

Längd:

Vikt:

Datum:

## Har du någon av följande sjukdomar /problem:

JA

NEJ

Diabetes

Om Ja, vilken typ?.....

Gynekologisk sjukdom

Om Ja, vad?.....

Mag-tarmbesvär / IBS

Om Ja, vad?.....

Allergi/överkänslighet

Om Ja, för vad?.....

Sköldkörtelsjukdom

Om Ja, vad?.....

Hjärt-kärlsjukdom

Om Ja, vad?.....

Använder du regelbundet några läkemedel

Om Ja, vilka?.....

.....

Har du kontakt med någon vårdcentral eller annan vårdgivare

Om Ja, vilken och för vad?.....

Har du några problem med tänder eller munhåla?

Om Ja, har du kontakt med tandläkare?

Är du gravid eller ammar du?

Har du något aktivt missbruk?

Om Ja, vad?

Har du haft eller har du självskadeproblematik?