

Uppsala Kinesiologiklinik

Hälsodeklaration

Namn _____ Personnr _____

Har du eller har haft:

Ja

Nej

- Hjärt eller Kärlsjukdom
- Reumatisk sjukdom
- Diabetes
- Astma
- Ökad blödningstendens
- Tumörsjukdom (cancer)
- Skelettsjukdom

Någon annan sjukdom? Ange vilken.....

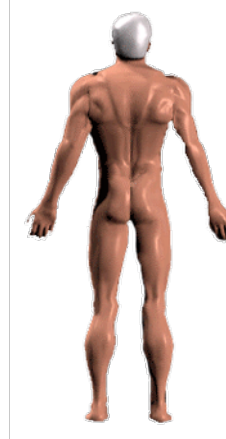
Använder du nikotin?.....

Använder du medicin? Vilken/vilka?.....

Är du gravid?.....

Känner du dig ofta stressad?.....

Var har du ont? Markera på bilderna nedan.



Anser du dig i övrigt fullt frisk?

Ja

Nej

Datum.....Underskrift.....