

# HÄLSODEKLARATION

Efternamn: \_\_\_\_\_ Tel bost: \_\_\_\_\_  
Förnamn: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_  
Adress: \_\_\_\_\_ Tel mobil: \_\_\_\_\_  
Postnr/Ort: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_  
Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Speciell hänsyn måste ibland tas vid behandling av den som har eller har haft vissa sjukdomar eller tillstånd. Har ni nu eller tidigare haft något av nedanstående.

	Ja	Nej		Ja	Nej
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben / led-fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödarsjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Njursten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ryggsnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förkylning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlas ni för närvarande av läkare?  Ja  Nej  
Ange för vad .....  
Använder ni regelbundet mediciner  Ja  Nej  
Är ert blodtryck högt, normalt, lågt .....  
Om ni lider av någon allvarlig sjukdom (t ex cancer)  
Har er läkare gett tillstånd till / rekommenderat / ordinerat massage  Ja  Nej  
Är det något annat vi behöver veta innan vi behandlar er?  Ja  Nej

Ange vad:

Dat: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_