

Hälsodeklaration



För och efternamn

Födelsedata

Telefonnummer

Jag anser mig vara frisk förutom det jag nu söker för *ja* *nej*

Jag söker för

Har du eller har haft någon av följande sjukdomar/tillstånd?

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|------------------------|-----------|------------|
| • Hjärt- el kärlsjukdom | <i>ja</i> | <i>nej</i> | • Tumör | <i>ja</i> | <i>nej</i> |
| • Diabetes | <i>ja</i> | <i>nej</i> | • Botoxinjektion | <i>ja</i> | <i>nej</i> |
| • Reumatism | <i>ja</i> | <i>nej</i> | • Hypertyreos | <i>ja</i> | <i>nej</i> |
| • Astma/allergi | <i>ja</i> | <i>nej</i> | • Epilepsi | <i>ja</i> | <i>nej</i> |
| • Blödarsjuka | <i>ja</i> | <i>nej</i> | • Transplanterat organ | <i>ja</i> | <i>nej</i> |

Är du gravid? *ja* *nej*

Medicinerar du för ljuskänslighet? *ja* *nej*

Medicinerar du immunsupprimerande? *ja* *nej*

Har du vårdats på sjukhus senaste året? *ja* *nej*
Om ja, för vad?

Behandlas du för närvarande av läkare? *ja* *nej*
Om ja, för vad?

Mediciner du använder regelbundet:

Namn	För

Datum

Underskrift