

# HÄLSODEKLARATION

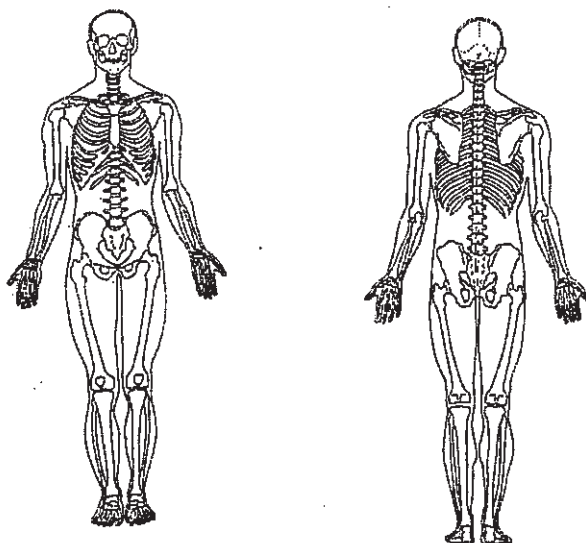
## Hälsoterapeut/instruktörsutbildningen

Namn		Personnummer
Adress		Postadress
Tel bostad	Tel abete	Mobil
E-post		
Yrke	Fritidssysselsättning	

Jag söker för: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Smärtbeskrivning

Rita in på figurerna var du har ont/besvär. Rita även in utstrålande smärta.



Markera på linjen hur du upplever din smärta.  
 Du kan göra flera markeringar om du har smärta på flera ställen.

Smärtfri

Outhärdlig smärta

När är smärtan som värst? \_\_\_\_\_

När /hur avlastas smärtan? \_\_\_\_\_

Har du tidigare behandlats för det du söker? Om ja, vilken typ av behandling och när?

\_\_\_\_\_

**Har du nu/tidigare haft någon av följande sjukdomar/tillstånd?**

Sjukdom/tillstånd	Ja	Nej	Övrig information
Hjärt-kärlsjukdommar			
Diabetes			
Osteoporos			
Blödarsjuka			
Tumör			Var?
Reumatism			Var?
Eksem			Vilken typ och var?
Whiplash-skada			När skedde skadan?
Benbrott			Var och när?
Allergi, astma			Ange för vad:
Använder du mediciner			Om ja, vilka?
Är du gravid			Om ja, i vilken månad?
Andra sjukdomar/tillstånd			

**Övriga anteckningar:**

---

---

---

---

---

---

---

Datum

Underskrift

---