

Ditt hälsointyg

Fyll i och ta med till testtillfället. Kom ihåg att underteckna nedan.

För och efternamn _____

Födelse, år, mån, dag _____

Längd _____

Vikt _____

	Ja	Nej		_____
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, mot vad?	_____
Blodsmitta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken?	_____
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken?	_____

	Ja	Nej		Ja	Nej
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höft/knäprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mekanisk hjärtklaff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är du gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har Ni tagit följande mediciner de 3 senaste veckorna

	Ja	Nej
Antibiotika eller Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waran, Trombyl eller annat blodförtunnande läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga sjukdomar och/eller operationer

Daglig medicinering

MedicRehab kan inte hållas ansvarig för eventuella skador eller olyckor i samband med test. Jag är medveten om att testerna sker på egen risk.

Ort, datum och namnteckning

