

Hälsodeklaration inför Massage/Kinesisk koppning m.m

Efternamn: _____ Förnamn: _____ Datum: _____

Adress: _____ Telefon: _____ Yrke: _____

Postnr/Ort: _____ Födelsedatum: _____

Har du har nu eller har haft de senaste 3 månaderna något av nedanstående:

Tillstånd:	Ja	Tillstånd	Ja	Tillstånd	Ja
Allergier		Astma		Benfraktur	
Blodpropp		Blödarsjuka		Cancer	
Kortisoninj.		Diabetes		Epilepsi	
Feber		Förkylning		Gallsten	
Gravid		Hjärtproblem		Infektion	
Hudsjukdom		Magsår		Njursten	
Opererad		Reumatism		Ryggsnitt	
Tuberkolos		Åderbrock		PMS	

Behandlas du av läkare för närvarande – om ja, för vad?.....

Använder du regelbundet mediciner – om ja, vilka och mängd?.....

.....

Är ditt blodtryck högt, normalt, lågt?.....

Hur länge har dina symtom suttit i?.....

Ringa in hur din smärta/symtom känns:

molande utstrålande pulserande huggande vid rörelse stelhet

Övrigt jag bör veta:.....

.....

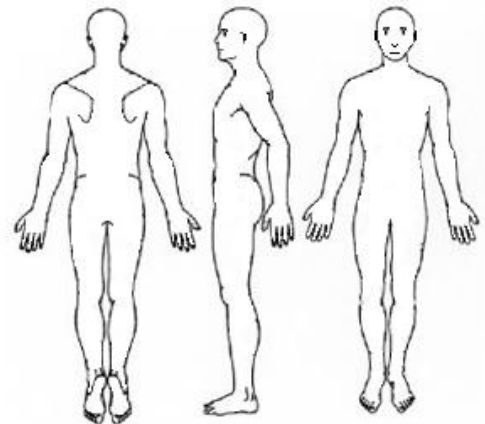
.....

.....

.....

.....

Markera på bilden om du har ont/besvär



Sätt ett kryss på skalan hur ont du har just nu:

Ingen smärta _____ Väldigt svår smärta

VÄND SIDA->

1. Hur ofta ägnar du dig åt fysisk aktivitet eller annan sorts träning – sätt ett kryss per dag du utför något av nedan angivna aktiviteter:

Aktivitet	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Promenad mer än 30 min							
Högintensiv träning - min:							
Löpning – antal km:							
Styrketräning							
Yoga, Qi Gong, Body Balance							
Meditation							
Övrigt:							

2. Har du andra symtom som påverkar ditt hälsotillstånd?.....

.....

3. Hur många timmar sover du under ett dygn?.....

Ange på en skala 1-10 hur du tycker följande påstående stämmer in på dig där 10 stämmer in bäst:

- | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1. Jag känner mig ofta stressad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. Jag tar mig tid för mig själv varje vecka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. Jag tänker på vad jag äter och dricker | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Jag sover en hel natt utan uppehåll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5. Jag har problem med träningsvärk som sitter i länge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Jag känner mig ofta trött och sliten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Anteckningar av terapeut:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Underskrift kund: _____