

HK-Kliniken

Anders Bengtsson

Hälsoformulär

Datum: _____ Adress: _____
Förnamn: _____ Postnr: _____ Ort: _____
Efternamn: _____ Tel : _____
Födelseår: _____ Email: _____

Ange den främsta anledningen till besöket?

Hur länge har detta besvär varat?

Finns det något annat besvär du helst av allt vill komma till rätta med?

Markera kända besvär i följande områden, stätt 1=mindre besvär, 2=större besvär:

Allergi, mot: _____
 Blodtryck, högt/lågt ? Humörsvängningar Ryggen
 Depression Kalla händer/fötter Stress
 Hudproblem Mage/matsmältning Sömnstörningar
 Huvudvärk Muskler Trötthet

Andra besvär och förtydlingar?

Operation eller konstaterad sjukdom?

Mediciner?

Näringstillskott?