

# HÄLSODEKLARATION

NAMN \_\_\_\_\_ FÖDELSEDAG \_\_\_\_\_  
 MAILADDRESS \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_  
 YRKE/FRITID \_\_\_\_\_  
 ADRESS \_\_\_\_\_

	NEJ	JA
KÄNNER DU DIG FRISK		
HAR DU NYLIGEN VARIT FÖRKYLD ELLER HAFT FEBER		

HAR DU NU ELLER HAR DU TIDIGARE HAFT NÅGOT AV FÖLJANDE TILLSTÅND	NEJ	JA
ALLERGI		
ASTMA/ANDNINGSBESVÄR		
BLODPROPP, INFARKT ELLER ÅDERBROCK		
BLÖDNINGSBENÄGEN		
DIABETES		
DISKBRÅCK		
ELAKARTAD TUMÖR (t. ex. cancer)		
HJÄRT & KÄRLSJKDOMAR		
ÅTERKOMMANDE HUVUDVÄRK/MIGRÄN		
YRSEL		
GRAVID		
SKELLETT- ELLER LEDSJUKDOMAR (t. ex. Reumatism eller benskörhet)		
EKSEM ELLER ANDRA HUDPROBLEM (t. ex. Vårtor eller allergier)		
STICKNINGAR, DOMNINGAR, KÄNSELBORTFALL, ANGE VAR:		
FYSISKA SKADOR (t. ex. Fraktur, bristning, ligament- eller lefskada), ANGE VAR:		
ANVÄNDER DU MEDICIN, ANGE FÖR VAD:		
BEHANDLAS DU FÖR NÄRVARANDE FÖR NÅGOT BESVÄR ELLER SJUKDOM, ANGE VAD:		
HAR DU NÅGON ANNAN SJUKDOM ELLER BESVÄR? ANGE VILKEN:		
VET DU HUR DITT BLODTRYCK ÄR?		
Δ VET EJ    Δ LÅGT    Δ NORMALT    Δ HÖGT		
HAR DU FÅTT MASSAGE/MASSAGETERAPI TIDIGARE		

Jag intygar härmed att jag noggrant sanningsenligt har svarat på ovanstående frågor.

Jag godkänner att mina uppgifter lagras i minst två år efter sista behandlingen och kan när som helst begära tillgång till dem.

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
UNDERSKRIFT

\_\_\_\_\_  
NAMNFÖRTYDLINGANDE