

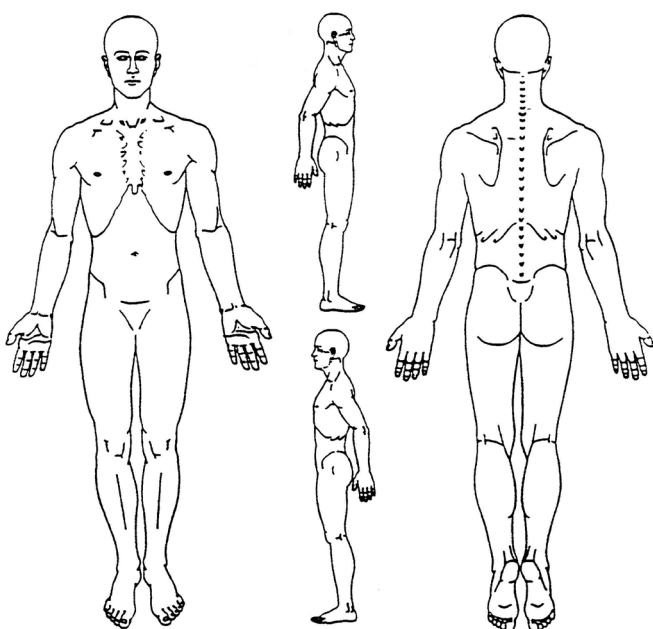
Kundenummer

All informasjon blir behandlet konfidensielt og i henhold til Personopplysningsloven.

Fornavn		Etternavn	
Adresse		Telefon	
Postnummer		E-post	
Poststed		Fødselsdato	

Arbeidssituasjon	<input type="checkbox"/> Fullt arbeid	<input type="checkbox"/> Deltidsarbeid	<input type="checkbox"/> Ikke i arbeid
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/> Svært aktiv	<input type="checkbox"/> Moderat aktiv	<input type="checkbox"/> Lite aktiv
Helsetilstand	<input type="checkbox"/> God helse	<input type="checkbox"/> Noe redusert helse	<input type="checkbox"/> Svak helse

Det er svært viktig at terapeuten har korrekt informasjon om din helsetilstand, både for å gi effektiv behandling og for å beskytte deg mot unødvendige plager eller skader.

<p>Har du helseutfordringer vi bør kjenne til? Kryss av i listen under:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdom <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Høyt/lavt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Benskjørhet <input type="checkbox"/> Prolaps/whiplash <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Leddsykdom/-betennelse <input type="checkbox"/> Hodepine/migrene <input type="checkbox"/> Søvnproblemer <input type="checkbox"/> Kroniske muskel/leddsmerter <input type="checkbox"/> Infeksjon/nedsatt allmenntilstand <input type="checkbox"/> Medisinbruk – <i>beskriv under</i> <input type="checkbox"/> Annet – <i>beskriv under</i> 	<p>Sett merker der du har muskel- eller leddplager:</p> 
---	--

Dato		Signatur	
-------------	--	-----------------	--

Jeg erklærer at alle opplysninger er korrekte og fullstendige.