

Sjukhistoria

Namn *

First Name

Last Name

Mobilnummer *

Area Code

Phone Number

Kontrollera om någon sjukdom berör dig eller någon i din familj *

- Asthma
- Cancer
- Diabetes
- Epilepsi
- Hjärtsjukdom
- Högt blodtryck
- Infektionssjukdom
- Psykiska besvär

Vilka symptom har du upplevt den sista tiden? *

- Andningsbesvär
- Bröstmärtor
- Hjärtbesvär
- Blodsjukdom
- Lymfsystemet
- Mage och tarm
- Muskelsjukdom
- Neurologiska
- Psykiatriska
- Urinvägarna
- Viktförlust
- Viktuppgång
- Övrigt

Äter du någon medicin? *

Ja
Nej

Har du någon allergi mot medicin? *

Ja
Nej
Vet ej

Kön? *

Man
Kvinna
Övrigt

Har du en historia av tobaksanvändning? *

Har du någon gång använt illegala droger? *

Hur ofta dricker du alkohol? *

Dagligen	Veckovis	Månadsvis
Ibland	Aldrig	