

_____ Förnamn	_____ Efternamn	_____ Personnummer
_____ Adress		_____ Telefon hem
_____ Postnummer och ort		_____ Mobilnummer
_____ Företag		_____ Telefon arbete
_____ Yrke		_____ Anställningsår
_____ E-postadress		

Tidigare sjukdomar

Har du tidigare haft några allvarliga sjukdomar? Ja Nej

Om ja, vilka? _____

Nuvarande hälsotillstånd

Besvär med allergi?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hur upplever du din hälsa?	Bra <input type="checkbox"/> Dålig <input type="checkbox"/>
Trötthet, sömnstörningar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Förkylningar, fler än 5/år?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Går du på regelbundna kontroller hos annan läkare?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, var? _____ Varför? _____			
Använder du mediciner regelbundet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilka? _____			

Arbete

Arbetstidsförläggning dagtid nattjänst skift

Arbetets art rörligt stillasittande fysiskt krävande

Har du för närvarande besvär från?	Nej	Ja, men det påverkar inte min vardag/arbete	Ja och det påverkar min vardag
Nacke/skuldror/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handleder/händer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotleder/fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna? Vid hur många tillfällen _____

Hur många dagar? Mindre än fem dagar Mer än fem dagar

Jag upplever en god balans mellan arbete och fritid Ja Nej

Upplever du ditt arbete stressande? Ja Nej

Behövs vaccinationer i tjänsten? (hepatit, TBE, stelkramp/difteri) _____

Trivs du på ditt arbete? Ja Varför? _____

Nej Varför? _____

Motion

Hur ofta motionerar Du? (Fysisk aktivitet, även rask promenad, minst 30 min/tillfälle)

Aldrig Sporadiskt 1-2 ggr/vecka 3 ggr/vecka eller mer

Typ av motion? _____

Kost

Äter du regelbundet? Frukost Lunch Middag

Tobak

Röker du? Ja Nej

Snusar du? Ja Nej

Om du röker eller snusar. Skulle du vilja sluta? Ja Nej

Alkohol

Hur ofta dricker du alkoholhaltiga drycker t ex starksprit, vin, öl och cider?

Aldrig 0-3 gång/månad 1 gång/vecka 2-3 ggr/vecka 4 ggr/vecka eller mer

Hälsa

Längd: _____ Vikt: _____ BMI: _____ Midjemått: _____

Datum

Underskrift

Endast för personalens anteckningar

EKG

BT

Spiro

Audio

Syn

hö _____ med korr _____

vä _____ med korr _____

binok _____ med korr _____

Blodprov

Fastande 4 h

Inte fastande

Läkartid