

Förnamn \_\_\_\_\_

Efternamn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Telefon hem \_\_\_\_\_

Postnummer och ort \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Företag \_\_\_\_\_

Telefon arbete \_\_\_\_\_

Yrke \_\_\_\_\_

Anställningsår \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

Tidigare sjukdomar: \_\_\_\_\_

Nuvarande hälsotillstånd: \_\_\_\_\_

### Arbete

Arbetstidsförläggning  dagtid  nattjänst  skift

Arbetets art  rörligt  stillasittande  stående  fysiskt krävande

Sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna? Vid hur många tillfällen \_\_\_\_\_

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

Trivs du på ditt arbete?  Ja Varför? \_\_\_\_\_

Nej Varför? \_\_\_\_\_

Upplever du ditt arbete stressande?  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                       NejSnusar du?                       Ja                       NejOm du röker eller snusar. Skulle du vilja sluta?     Ja                       Nej**Alkohol**

Hur ofta dricker du alkohol?

 Aldrig     0-3 gång/månad     1 gång/vecka     2-3 ggr/vecka     4 ggr/vecka eller mer
**Hälsa**Hur upplever du din hälsa?                      Bra                       Dålig 
 Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_ Midjemått: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_  
Kvinnor 88 cm, män 102 cm                      Normalt 19-25
\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Underskrift\_\_\_\_\_  
Personalens anteckningar

Blodtryck: \_\_\_\_\_

Kolesterolvärde: \_\_\_\_\_

Blodsockervärde: \_\_\_\_\_

Blodvärde: \_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_