

HELSE ERKLÆRING

Vær vennlig og fyll i denne helse erklæring hvis det er første behandling ved INSTITUTT FOR HELHETSMEDISIN.

Navn: _____

Tlf. dagtid: _____ Mobil: _____

Adresse: _____ Postadresse _____

E-postadr. _____ Fødselsdato: _____

Har du nå eller tidligere hatt noen av følgende sykdommer / tilstand?

| | J A | N E I |
|--|-----|-------|
| 1. Hjerne og karsykdommer (infarkt, blodpropp, åreknuter) | — | — |
| 2. Ondartet tumor (kreft) | — | — |
| 3. Har du tatt røntgen (som er relevant for det du søker for)? | — | — |
| 4. Nylig forkjølelse eller febersykdom | — | — |
| 5. Plages du av hodepine? | — | — |
| 6. Bruker du regelmessig medisiner? Hvilke? | — | — |
| 7. Økt blødningsrisiko (blodsykdom) | — | — |
| 8. Har du høyt blodtrykk? | — | — |
| 9. Behandles du for tiden av lege? Skriv for hva | — | — |
| 10. Har du noen hudsykdom? | — | — |
| 11. Er du gravid? | — | — |
| 12. Øvrige sykdommer/tilstander? | | |

.....
.....
.....

Dato Underskrift