



**FRÅGEFORMULÄR
INFÖR HÄLSOKONTROLL
201_ - __ - __**

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Vikt: _____ Längd: _____ BMI: _____

1. Gift:_____ Sambo:_____
- Antal barn:_____ Varav hemmaboende:_____
2. Vad arbetar du med?
- _____
3. Arbetar du ofta övertid? _____ om ja, upplever du detta stressande? _____
4. Hur trivs du med ditt arbete? Bra: _____ Dåligt: _____ Varken bra el dåligt: _____
- Motivera: _____
- _____
5. Hur upplever du din fysiska hälsa? Bra: _____ Dåligt: _____ Varken bra el dåligt: _____
- Om dåligt, motivera/beskriv: _____
- _____
6. Hur upplever du din psysiska hälsa? Bra: _____ Dåligt: _____ Varken bra el dåligt: _____
- Om dåligt, motivera/beskriv: _____
- _____
7. Röker el snusar du? _____ om ja, hur många cigaretter/doser/dag: _____
- Vill du sluta? _____
8. Dricker du alkohol?
- Aldrig: _____ <1 gång/vecka: _____ 1-2 ggr/vecka: _____ >2 ggr/vecka: _____
9. Är någon i din omgivning orolig för dina alkoholvanor? Ja: _____ Nej: _____
10. Hur ofta motionerar du? (fysisk aktivitet > 30 min/gång):
- Aldrig: _____ Ibland: _____ 1 gång/vecka: _____ 2-4 ggr/vecka: _____ >4 ggr/vecka: _____
- Vilken typ av motion: _____
11. Hur mycket motionerar du idag jämfört med för 1 år sedan?
- Mindre: _____ Lika mycket: _____ Mer: _____
12. Hur mycket motionerar du idag jämfört med för 5 år sedan?
- Mindre: _____ Lika mycket: _____ Mer: _____
13. Äter du en hälsosam och varierad kost?
- Ja: _____ Ibland: _____ Sällan: _____
14. Äter du regelbundet:
- Frukost: _____ Lunch: _____ Middag: _____ Mellanmål: _____

15. Äter du frukt el grönsaker vid minst 2 tillfällen/dag? Ja: ____ Nej: ____

16. Är du vegetarian el äter du någon annan special kost? Ja: ____ Nej: ____

17. Hur mycket väger du idag jämfört med för 1 år sedan?

Mindre: ____ kg, mindre Samma: ____ Mer: ____ kg, mer

18. Finns det några ärftliga sjukdomar i din släkt? Ange om föräldrar, syskon el annan nära släkting har haft hjärtsjukdom, högt blodtryck, höga blodfetter, stroke, diabetes el andra allvarliga sjukdomar. _____

19. Går du regelbundet på kontroller till en läkare? Ja: ____ Nej: ____

Om ja, för vilken sjukdom? _____

20. Använder du någon medicin? Ja: ____ Nej: ____

Om ja, vilken sort? _____

21. Upplever du att du har någon av följande besvär?

Allergi: ____ Högt blodtryck: ____ Besvär från rygg/nacke/axlar: ____

Luftvägar: ____ Hjärta: ____ Huvudvärk: ____

Hud: ____ Blodfetter: ____ Leder: ____

Syn/ögon: ____ Diabetes: ____ Mage/tarm: ____

Hörsel: ____ Njurar/urinvägar: ____ Galla/Lever: ____

Trötthet: ____ Psykiska besvär: ____

Andra besvär: _____

22. Något annat du vill ta upp under hälsokontrollen?

