

Hälsoformulär;

Namn;

Adress;

Ålder;

Tfnnummer;

Mina besvär;

.....

.....

.....

Hur länge har du haft besvären?.....

.....

Äter du några mediciner/ vitaminer?.....

.....

Har du genomgått någon operation?.....

.....

.....

Har du någon sjukdom diagnostiserat av någon läkare? Om JA, vilken?.....

.....

.....