

Personnummer:

Datum:

Namn:

Allmän undersökning:

Din längd _____ cm

Din vikt _____ kg

 Ditt midjemått _____ cm
(mät över navel)

Blodtryck:/.....

Samsjuklighet:

 (Diabetes, kardiovaskulär sjukdom (inkl hypertoni),
höga blodfetter)

 Ja ☐

 Nej ☐

 Okänt ☐
**Samsjuklighet – sköts av annan
vårdgivare:**

 Ja ☐

 Nej ☐

 Okänt ☐
**Kolesterol, LDL-kolesterol, glukos taget
senaste året:**

 Ja ☐

 Nej ☐

 Okänt ☐
Röker du?

(Gäller även E-cigaretter)

 Ja, röker ☐

 Nej ☐

 Har slutat röka ☐

Slutade år: _____

Snusar du?

 Ja, snusar ☐

 Nej ☐

 Har slutat snusa ☐

Slutade år: _____

Din alkoholkonsumtion?

 Aldrig ☐
 1 ggr/mån eller mindre ☐
 2-4 ggr/mån ☐
 2-3 ggr/vecka ☐
 4 ggr/vecka eller mer ☐
 Okänt ☐
Hur många standardglas dricker du då en typisk dag där du dricker alkohol?

_____ glas

