Personnummer: **Datum:**

Namn:

Allmän undersökning:

Din längd _____cm

Din vikt _____kg

Ditt midjemått _____cm
(mät över navel)

Blodtryck: ...../.....

Samsjuklighet: Ja ☐ Nej ☐ Okänt ☐
(Diabetes, kardiovaskulär sjukdom (inkl hypertoni), höga blodfetter)

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

Samsjuklighet – sköts av annan vårdgivare: Ja ☐ Nej ☐ Okänt ☐

Röker du? Ja, röker ☐ Nej ☐ Har slutat röka ☐ Slutade år: _____
(Gäller även E-cigaretter)

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**