

Enkät inför hälsoprofil

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Mobilnummer:
Postnummer / Postadress:	Email:
Företag:	Frisk-/sjukvårdsleverantör:

Hej!

Vi vill med denna enkla enkät få reda på hur Du ser på ditt hälsotillstånd och behovet av kontroll av Din hälsa.

Tankarna som frågorna väcker skall utgöra grunden för diskussionen med vår naprapat.


Många frågor är kryssfrågor, men det är alltid bättre att om möjligt lägga till utvecklande kommentarer. Använd baksidorna vid behov.


Om någon fråga inte känns möjlig att besvara, hoppa bara över den och gå vidare. Ta med enkäten till besöket.

Skriv gärna kommentarer under varje fråga, använd baksidan vid behov.

Kryssa i en av rutorna

 Nej! / Mycket dåligt (1 av 7)

 OK (4 av 7)

 Ja! / Mycket bra (7 av 7)

Tidigare sjukdomar eller sjukdom i släkten

Finns det någon sjukdom som ofta förekommer i Din släkt? Vilken?

Ja Nej

Har Du någonsin vårdats inläggande på sjukhus? Vilka sjukdomar? När?

Ja Nej

Har Du någon sjukdom som är "kronisk" (ex sockersjuka, högt blodtryck, ryggbesvär)? Vilken/vilka?

Ja Nej

Äter Du någon medicin regelbundet? Vilken/vilka?

Ja Nej

Finns det någon sjukdom som du är speciellt orolig för att Du skall kunna drabbas av? Vilken?

Ja Nej

Aktuellt hälsoläge

Hur mår Du för närvarande (denna vecka)?



Hur "pigg och utvilad" är Du? "Laddad"?



Hur sover Du? Problem? Snarkningar? Antal timmar i snitt?

Hur ser Du på Din alkoholkonsumtion? Kryssa gladaste gubben för i huvudsak nyktert leverne, ledsen gubbe för daglig konsumtion och berusning varje vecka. Ange uppskattad mängd, om du vill.

Röker Du? Hur mycket per dag/vecka?

Ja Nej

Är Du nöjd med Din kroppsvikt? Om inte, vad vill Du väga?

Ja Nej

Har Du någon form av besvär som ofta återkommer utan att det kan kallas "sjukdom" (ex värk utan klar orsak, trötthet, huvudvärk, magbesvär, hudproblem, etc)

Ja Nej

Socialt liv

Hur ser Du på Din arbetsplats, arbetsglädje, etc? Om ej bra, vad är felet? Arbetsbelastning, arbetstider, lokaler?

Skulle Du rekommendera Ditt yrke och arbetsituation till en person som väljer utbildning/jobb?

 Ja Nej

Kommentar?

Tycker Du att Ditt arbete är stillasittande eller rörligt? Beskriv.

Stilla

Rörligt

Har Du besvär som Du tror kan ha orsakats av arbetsbelastning? Vilka besvär? Hur länge?

 Ja Nej

Hur nöjd är Du med hur Du motionerar/tränar. Hur många timmar per vecka Med vad? Mål?

☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️

Hur ser Du på Din familjesituation? Om det inte är bra, vad är fel? Ensamhet? Stress att hinna jobb och familj?

☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️

Övriga kommentarer/frågor att diskutera