

Besvara följande frågor som ligger till grund för din hälsoprofil.
Alla frågor gäller din status under den senaste månaden. Markera med kryss

Datum 201__ - ____ - ____

101

Anläggning/Företag _____

Hälsoterapeut/rådgivare _____

PERSONDATA

102

Kön

Kvinna

Man

☐
☐

Ålder: _____

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Tel/mob: _____

E-post: _____

103

Färdsätt till/från arbetsplatsen

Bil, buss eller tåg

Promenad kortare
än 2 km

Promenad längre
än 2 km

Cykel kortare
än 5 km

Cykel längre
än 5 km

☐
☐
☐
☐
☐

Fritidsaktiviteter

Aldrig

Sällan

Då och då

Ofta

Mycket ofta

104

Hobbies

☐
☐
☐
☐
☐

105

Föreningsverksamhet (idrott,
politik, religion)

☐
☐
☐
☐
☐

106

Studier (kurser, cirklar etc.)

☐
☐
☐
☐
☐

107

Evenemang (idrott, bio, teater
utställningar, etc.)

☐
☐
☐
☐
☐

108

Dans, diskotek, folkdans

☐
☐
☐
☐
☐

109

Målning, snickeri, städning,
trädgårdsarbete, snöskottning

☐
☐
☐
☐
☐

110

Promenader, cykelturer, jakt
fiske, bär, svamp, frilufsliv

☐
☐
☐
☐
☐

Övrigt _____

☐
☐
☐
☐
☐

111

Motion, fysisk aktivitet i
träningskläder med syfte att
förbättra kondition/hälsa

Jag motionerar

Aldrig

Då och då

1-2 ggr/veck

3-5 ggr/veck

På elitnivå

☐
☐
☐
☐
☐

112

Kost

Tänker aldrig
på mat ur
näringssynvinkel

Försöker då och
då tillämpa olika
kostråd

Tillämpar vad jag
kan om riktiga
kostvanor, dock ej
helt regelbundet

Tillämpar vad jag
kan om riktiga
kostvanor
regelbundet

Planerar nästan
alltid min kost ur
näringssynvinkel

☐
☐
☐
☐
☐

113

Tobak

Pipa eller annan tobak
omräknas i cigaretter

Jag röker

Mer än 30 cig/dag

21-30 cig/dag

11-20 cig/dag

1-10 cig/dag

0 cig/dag

☐
☐
☐
☐
☐

Jag snusar

Minst 1 dos/dag

4-6 dos/veck

2-3 dos/veck

Högt 1 dos/veck

Snusar ej

☐
☐
☐
☐
☐

Besvara följande frågor som ligger till grund för din hälsoprofil.
Alla frågor gäller din status under den senaste månaden. Markera med kryss

114	Alkohol , öl (ej lättöl), vin, sprit	<i>Jag dricker alkohol</i> Mycket ofta eller periodvis i stora mängder	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
115	Medicin , Lugnande, uppiggande sömnmedel, värktabletter	<i>Jag använder någon eller några av dessa mediciner</i> Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
116	Symptom , Rygg-, nack-, magbesvär, huvudvärk, trötthet, sömnsvårigheter	<i>Jag har någon eller några av dessa symtom</i> Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
117	Upplevd stress På arbetet och/eller fritiden	<i>Jag känner mig stressad</i> Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
118	Upplevd ensamhet	<i>Jag känner mig ensam</i> Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
119	Upplevd hälsa (Kropp och själ)	<i>Jag upplever att min hälsa är</i> Mycket dålig	Dålig	Varken bra/ dålig	Bra	Mycket bra
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Övrigt kunden

hälsoterapeutens/rådgivarens anteckningar