

Hälsodeklaration

Namn:.....

Kvinna Man

E-post:.....

Födelsedatum:.....

Företag:.....

Mobilnummer:.....

	Ja	Nej	Vet ej	Mer information:
Gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led/muskelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mag/tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whiplash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbrändhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga hälsoproblem som inte nämns ovan:

.....
.....

Vilka är dina förväntningar på Ditt besök?

.....
.....

Härmed ger jag mitt medgivande att låta Mattikroppen AB hantera mina personliga uppgifter i enlighet med GDPRs regelverk. De så kallade känsliga uppgifter gällande min hälsa som hanteras förstår jag behövs för att täcka försäkringsbolags och yrkesförbunds krav på behandlaren. Mer information om företagets integritetspolicy finns att läsa på www.mattikroppen.se/integritetspolicy.

Datum: Underskrift:



MATT I KROPPEN
Friskvård på ditt kontor!