



HÄLSODEKLARATION
DATUM: _____

Fyll i denna hälsodeklaration och ta med den till testtillfället.
Glöm inte att underteckna hälsodeklarationen nedan.

Namn:

Födelsedata:

Längd:

Vikt:

Har Ni:

Nej / Ja (markera med kryss)

Överkänslighet	.....	.....	Om ja, mot vad?
Blodsmitta	.....	.....	Om Ja, vilken?
Hjärtsjukdom	.....	.....	Om Ja, vilken?
Högt blodtryck	.....	.....
Pacemaker	.....	.....
Mekanisk hjärtklaff	.....	.....
Astma	.....	.....
Diabetes	.....	.....
Höftprotes	.....	.....
Epilepsi	.....	.....
Är Du gravid	.....	.....

Övriga sjukdomar och/eller operationer:

Har Ni tagit följande mediciner de 3 senaste veckorna

	Nej	Ja
Antibiotika eller Penicillin
Waran, Trombyl eller annat blodförtunnande läkemedel

Daglig medicinering:

Wandus Idrott & Hälsa kan inte hållas ansvarig för eventuella skador eller olyckor i samband med test. Jag är medveten om att testerna sker på egen risk.

Namnteckning