

## 5. HUR bedömer Du ditt ALLMÄNNA HÄLSOTILLSTÅND?

Kryssa i:

- Mycket gott
- Gott
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

- Lämna "hälsoprofilen" till den LÄKARE eller SKÖTERSKA du träffar.

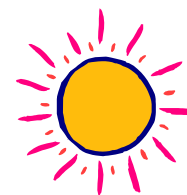


- Om du har svårt att fylla i "hälsoprofilen"
  - fråga personalen om hjälp.



## 5 frågor om Din hälsa

*Lämnas till Din läkare/sköterska vid besöket*



Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Dagens datum: \_\_\_\_\_

Längd: .....cm

Vikt: .....kg

