



Spørgeskema til udfyldelse før 1. konsultation

Dit fulde navn: _____

CPR nr: _____

Mobil: _____

Tlf.: _____

E-mail: _____

1) Lider du af allergi/intolerance?

JA

NEJ

Hvis JA, hvilke?

2) Lider du af kronisk sygdom?

JA

NEJ

Hvis JA, hvilke?

3) Hvad får du af medicin?

4) Din aktuelle tilknytning til arbejdsmarkedet?

Print og udfyld i hånden eller udfyld på skærmen og print bagefter.
Medbring skemaet til den 1. konsultation hos os.

På forhånd tak!

