Vänligen skriv tydligt. All information är konfidentiell mellan dig och din Hälsocoach.

PERSONLIG INFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn: |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Email: |  | Hur ofta kollar du din email? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefon: Hem: |  | Jobb: |  | Mobil: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ålder: |  | Längd: |  | Födelsedatum: |  | Födelseplats: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nuvarande vikt: |  | Vikt sex månader sedan: |  | Ett år sedan: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Önskar du att din vikt var annorlunda? |  | Om så, vad? |  |

SOCIAL INFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| Förhållandestatus: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Vart bor du? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barn: |  | Djur: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yrke: |  | Antal arbetstimmar per vecka: |  |

HÄLSOINFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| Vänligen skriv ned dina huvudsakliga hälsobekymmer: |   |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Andra bekymmer eller mål? |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| När i livet mådde du som bäst? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Några allvarliga sjukdomar eller skador? |  |
|  |  |

Hur är din stressnivå?

HÄLSOINFORMATION (fortsättning)

|  |  |
| --- | --- |
| Hur är/var din mammas hälsa? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hur är/var din pappas hälsa? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vilken blodgrupp är du? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hur är din sömn? |  | Hur många timmar? |  | Vaknar du under natten? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Varför? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hur är din maghälsa? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Förstoppning/Diarrea/Gas? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Allergier eller överkänsligheter? |  |

MEDICINSK INFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| Äter du någon medicin eller tillskott? |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vilken roll har fysisk aktivitet i ditt liv? |  |
|  |  |

KOSTINFORMATION

|  |
| --- |
| Vad åt du ofta som barn?  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Frukost |  | Lunch |  | Middag |  | Snacks |  | Dryck |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Hur ser kosten ut idag?  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Frukost |  | Lunch |  | Middag |  | Snacks |  | Dryck |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kommer familj/vänner vara stöttande i ditt val av mat eller livsstilsförändringar?  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lagar du mat?  |  | Hur mycket av ditt matintag är hemlagat? (%) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vart kommer resten ifrån? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Har du några starka sug eller beroenden? Socker, kaffe, alkohol.. |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Det viktigaste du skulle kunna göra för att förbättra din hälsa är: |  |
|  |  |

ÖVRIGA KOMMENTARER

|  |  |
| --- | --- |
| Något annat du vill dela med dig av? |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |