

Egészségügyi Kérdőív

Név:

Cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Születési dátum:

Magas vérnyomás:

Cukorbetegség: I. vagy II.

Betegség:

Állandó gyógyszeres kezelés:

Epilepszia, allergia, asthma:

Vágással járó műtét:

Gyermekszülés (Császár?):

Sérülés:

Implantátum, csavar, lemez:

Ülő/állómunka:

Sportol/sportolt? Mit, meddig?

Testmagasság:

Testsúly:

BMI:

Körméretek:

Mell:

Derék:

Csípő:

Comb:

Vádli:

Célok:

Egyéb információk, megjegyzések: