

Frågeformulär för den allmänna hälsoundersökningen



FÖRETAG

CityAkuten Företag
Drottninggatan 71 C 4 tr
111 36 Stockholm
Tel 08-524 63 670

Datum: _____ Företag: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon hem: _____ Yrke: _____

Telefon arbete: _____ Mobil: _____

Antal barn _____ Varav hemmavarande _____

Civilstånd Gift/sambo Ensamstående

Arbetar Du övertid? Ja Nej

Om ja, uppfattar Du det som en påfrestning? Ja Nej

Hur upplever Du din arbetsmiljö?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

Motivera _____

Hur upplever Du din hälsa?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

Går Du på regelbundna
kontroller hos läkare?

Ja Nej

Använder Du någon medicin?

Ja Nej

Sjukfrånvaro senaste året?

Ingen <6 tillfällen >6 tillfällen

Sjukskrivning >28 dagar

Ja

Nuvarande sjukdomar och besvär

<input type="checkbox"/> Allergi	<input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom
<input type="checkbox"/> Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> Njur/ urinvägssjukdom
<input type="checkbox"/> Gall/ leversjukdom	<input type="checkbox"/> Mag/ tarmsjukdom
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Psykiska besvär
<input type="checkbox"/> Nacke/axel	<input type="checkbox"/> Rygg
<input type="checkbox"/> Leder	<input type="checkbox"/> Hudbesvär
<input type="checkbox"/> Syn/ ögonbesvär	<input type="checkbox"/> Hörselbesvär
<input type="checkbox"/> Luftvägar	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Trötthet	<input type="checkbox"/> Sömnbesvär

Annat _____

Alkohol? Hur ofta?

<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 0<1 gång/vecka
<input type="checkbox"/> 01-2 ggr/vecka	<input type="checkbox"/> 0>2 ggr/vecka

Tobak

<input type="checkbox"/> Ja, antal cigaretter per dag	<input type="checkbox"/> Nej
---	------------------------------

Snusar Du?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

I vilken omfattning har Du vid de olika tidpunkterna utövat någon motion? Som motion räknas idrott, konditionsträning, gymnastik, dans, promenader, cykling mm under minst 30 min per tillfälle.

	Någon enstaka gång	1 gång/vecka	2-4 ggr/vecka	5 eller fler ggr/vecka
Nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För fem år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostvanor?

<input type="checkbox"/> Mycket bra	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Mycket dåligt
-------------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------	--

Är Du gravid?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Tack för hjälpen!