



Datum	Personnummer
Vårdgivare	Namn
Inrättningskod	Adress
Vårdenhet	Telefon

Längd Vikt BMI Midjeomfång

Viktutveckling

Ärftlighet

Vikthistoria

.....

Tidigare försök till viktreduktion

.....

.....

Socialt

Påverkar övervikten?	Nej	Ja, kommentar
Arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion och fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjeliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra sjukdomar

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artros, ledsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnapnésyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionshinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tobak/rökare

Alkohol/drog

Mediciner

Mål med behandlingen

.....

Anamnes tagen av

Namn

Vårdgivarkategori