



Eigenerklæringsskjema ved søknad om deltaking på Frisklivssentralen

Tilbudet ved Frisklivssentralen er i hovudsak gruppebasert. Det er viktig at opplysningane som vert gjevne i eigenerklæringsskjemaet er korrekte for å sikra fagleg forsvarleg oppfølging av den einkilde deltakaren. Er du usikker på om du er i stand til å delta på Frisklivssentralen sine tilbod på grunn av helsemessige tilhøve, fysisk og/eller psykisk, eller det er lenge sidan du har vore til lege, bør oppfølging ved Frisklivssentralen drøftast med fastlegen din. Alle opplysningar du gjev i skjemaet vil bli behandla konfidensielt. Frisklivssentralen har ikkje ansvar for eventuelle skadar under trening.

Namn: _____ F.nr: _____
Adresse: _____ Postnr: _____ Mobilnummer: _____
Mail adresse: _____

BMI: _____ Høgd: _____ m Vekt: _____ Kg
BMI= Vekt/(høyde i meter x høyde i meter)

- | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----------|--------------------------|
| • Diabetes type 2? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> | har hatt | <input type="checkbox"/> |
| • Høgt blodtrykk? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> | Har hatt | <input type="checkbox"/> |
| • Høgt Kolesterol? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> | Har hatt | <input type="checkbox"/> |
| • Røyker /snuser dagleg? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> | Har brukt | <input type="checkbox"/> |

Har du fysiske plagar? Ja Nei
Dersom ja, spesifiser: _____

Har du psykiske plagar? Ja Nei
Dersom ja, spesifiser: _____

Har du vore hos lege det siste året? Ja Nei

Navn på Fastlege: _____

Arbeidsstatus: _____

Kva er målet ditt ved deltaking på Frisklivssentralen sine tilbod?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Kosthald | <input type="checkbox"/> |
| Fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> |
| Røyk/tobakk | <input type="checkbox"/> |
| Stressmeistring | <input type="checkbox"/> |
| Psykisk helse | <input type="checkbox"/> |
| Vekt | <input type="checkbox"/> |

Dato: _____ Underskrift: _____