

## HÄLSODEKLARATION

Namn:

Persnummer:

Adress:

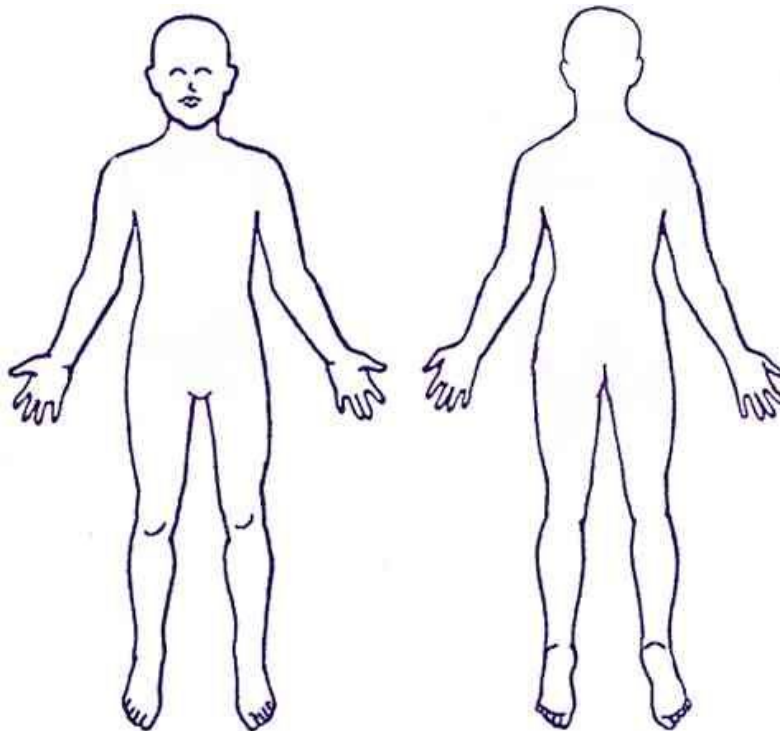
Postnummer / stad:

Mailadress:

Telefonnummer:

Yrke:

Var har du ont? Ringa in området:



Beskriv ditt problem kort:

Har du någon känd sjukdom?

Sjukdomar i släkten:

Mediciner:

Kosttillskott:

Något annat jag borde känna till:

Underskrift:

Datum:

**MAGNOLIAKLINIKEN**