

HOIDOT TAI KONTROLLIT MUUSSA TERVEYDENHUOLLOSSA TAI ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA**TAUSTATIEDOT****KYLLÄ****EI****Onko lähisukulaisellasi (vanhemmat, sisarukset) todettu diabetes, sepelvaltimotauti, verenpainetauti tai aivoverenkiertohäiriöitä?** Jos vastasit kyllä, mitä sairauksia?**Pituus
cm****Paino
kg****Tupakointi**

Määrä, savukkeita: ___/vrk

Olen lopettanut vuonna

Harkitsen lopettamista

Tupakointivuodet: ___ vuotta

 KYLLÄ **EI****Alkoholi**

Käytän alkoholia keskimäärin _____ annosta*/viikko

*yksi annos on: 1 pullo keskiolutta tai 12 cl mietoa viiniä tai 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl 40 % viinaa

MITKÄ ASIAT MAHDOLLISESTI ESTÄVÄT TAI HAITTAAVAT OMAHOITOASI? (elintapamuutoksia, lääkityksen käyttöä)**KYLLÄ****EI**

Omahoitoani ei juuri nyt haittaa mikään. Pystyn toteuttamaan sitä parhaalla mahdollisella tavalla.

Jaksamisen puute, mielialaan liittyvät seikat (esim. stressi)

Yksinäisyys tai läheisten tuen puute, perhetilanne

Tietojen ja taitojen puute

Jokin muu sairaus

OLETKO KIINNOSTUNUT OMAHOITOSI TEHOSTAMISESTA?

(Valitse tärkein vaihtoehto, rasti ruutuun)

Tällä hetkellä en ole kiinnostunut muutoksista tai mielestäni niihin ei ole tarvetta

Haluan muuttaa ruokailutottumuksiani terveellisimmiksi

Haluan pudottaa painoani

Haluan lisätä liikuntaa

Haluan lopettaa tupakoinnin

Haluan vähentää alkoholin käyttöäni

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄ!