

Mikäli terveydentilassasi tapahtuu muutoksia, ilmoita siitä välittömästi.

Reseptilääkityksen yhteydessä Cambridge paasto voidaan toteuttaa ainoastaan lääkärin suostumuksella.

Nimi: _____ Ikä: _____

Osoite: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

	Kyllä	Ei	Jos kyllä
1. Oletko raskaana tai imetätkö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taso 5
2. Onko sinulla viimeisten kuukausien aikana ollut:			
Sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taso 5
Aivohalvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taso 5
Oletko läpikäynyt suuren leikkauksen ollut vakavassa onnettomuudessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taso 5
3. Onko sinulla tyyppin 1 diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tasot 2-5*
Onko sinulla tyyppin 2 diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tasot 2-5*
Onko sinulla geneettinen sairaus (esim. Porphyria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tasot 2-5*
			*Keskustele lääkärin/valmentajan kanssa
4. Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista?			
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Sydänsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Virtsahappo kihti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Alhainen verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Kärsitkö masennuksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Onko sinulla anorexia tai bulmia nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
5. Onko sinulla allergia tai muu yliherkkyys			
Maitoproteiinille tai maitosokerille (laktoosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mikä? Keskustele valmentajan kanssa
Hedelmille, joissa on kivi tai siemeniä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keskustele valmentajan kanssa
6. Käytätkö lääkkeitä			
Korkeaan verenpaineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Diabetekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilmoita hoitavalla lääkärille laihtumisen aloittamisesta
Alhaiseen verenpaineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tasot 2-5

Jos olet alle 18 vuotias tai yli 70 vuotta, tulee lääkärin ratkaista jos sinun on suositeltavaa toteuttaa Cambridge paasto.

Allekirjoitus ja nimen selvennys: _____

Paikka ja päivämäärä: _____

Hyväksyn, että tietojani käytetään nimettömänä Cambridge ohjelman kehityksessä.
Minulle saa lähettää painonhallintaa edistävää asiakaspostia.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

