



HEALTH CHECK-UP

All the information in the questionnaire for this health check-up should be filled out carefully and legibly with a pen. If you have to correct an answer please draw a line across the faulty statement and write the correct answer next to the incorrect one. The change must be signed and dated. Do not use correction fluid.

Please fill out the twin's initials and date of birth. The blood pressure should be measured after 5 minutes rest, in a sitting position and on the right arm. Two measurements should be done with 1 minute between them. The weight should be measured in light clothing and without shoes. The height is measured without shoes, the waist circumference should be measured around the waist between the lowest rib and the upper hip bone (iliac crest) and the widest part of the hips should be measured.

Initials:
Date of birth:
Year Month Day

First measurement: *Systolic pressure* mm Hg *Diastolic pressure* mm Hg

Second measurement: mm Hg mm Hg

Weight: , kg

Height: , cm

Waist circumference: , cm

The tape measure should be held loosely so that you can place a finger between the tape measure and the twin's body

Hip circumference: , cm

Date for the health check-up: _____

The examination was performed by: _____

The surgery including address: _____

Phone number of the surgery: _____

E-mail address: _____



HÄLSOKONTROLL

Alla uppgifter i formuläret för hälsokontrollen ska fyllas i noggrant och läsligt med kulspetspenna. Om det måste göras en rättelse av en anteckning ska en linje dras genom felskrivningen och den rätta uppgiften skrivas bredvid den felaktiga. Ändringen måste signeras och dateras. Tippex får inte användas.

Var vänlig fyll i tvillingens initialer och födelsedatum. Blodtrycket ska mätas efter 5 minuters vila, i sittande ställning och på höger arm. Två mätningar ska göras med 1 minuts mellanrum. Vikten ska mätas i lätta kläder och utan skor. Längden i strumplästen, omkretsen runt midjan mitt emellan nedre revbensbågen och övre höftbenskammen och omkretsen runt den bredaste delen över stussen ska mätas.

Initialer:
Födelsedatum:
År Månad Dag

Första mätningen: *Systoliskt tryck* mm Hg *Diastoliskt tryck* mm Hg

Andra mätningen: mm Hg mm Hg

Vikt: , kg

Längd: , cm

Midjeomkrets: , cm

Måttbandet ska hållas så löst att ett finger kan placeras mellan måttbandet och tvillingens kropp

Stussomkrets: , cm

Datum för hälsokontrollen: _____

Undersökningen utförd av: _____

Mottagning inklusive adress: _____

Mottagningens telefonnr.: _____

E-post adress: _____