



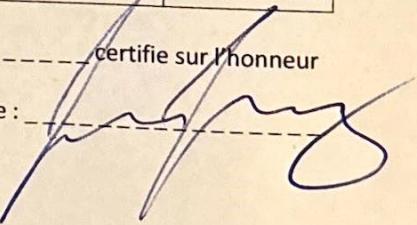
QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : Jernberg PRENOM : Johan

NUMERO DE TELEPHONE : +46739350015

ADRESSE EMAIL : johan9600@icloud.com

1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné(e) (nom/prénom) Johan Jernberg
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à Nykvarn le 03 / 09 / 2025 signature : 

certifie sur l'honneur