

☐ **Medlemskap 1** (fyll i del A + B) - Tecknas av personer som avser att gå ner i vikt/hålla vikten med hjälp av Cambridge Viktprogram nivåerna 1-6.

☐ **Medlemskap 2** (fyll i del A) - Tecknas av personer som avser att använda Cambridge mellanmål som mellanmål, näringstillskott eller ersättning för enstaka måltider.

I och med tecknandet av medlemskap ingår jag också i Cambridgeklubben.

Del A - Personuppgifter

Namn: _____
 Gatadress: _____
 Postadress: _____
 Telefon: _____
 E-post: _____

Födelseår: _____
 Längd: _____
 Startvikt: _____
 Trivselvikt: _____

Del B - Medicinsk information

1. Graviditet

Är Du gravid eller ammar du?

☐
☐

ej som enda näring

2. Har Du under de senaste tre månaderna haft:

Hjärtinfarkt

☐
☐

ej som enda näring

Stroke

☐
☐

"

Genomgått en stor operation

☐
☐

"

Utsatt för allvarlig olycka

☐
☐

"

3. Diabetes

Har du diabetes typ I?

☐
☐

ej som enda näring

Har du diabetes typ II?

☐
☐

rådgör med läkare/rådgivare

4. Har du någon av följande sjukdomar?

Kärlkramp (Angina pectoris)

☐
☐

rådgör med läkare/rådgivare

Hjärtsjukdom

☐
☐

"

Cancer

☐
☐

"

Gallsten

☐
☐

"

Kronisk infektion

☐
☐

"

Gikt

☐
☐

"

Njursjukdom

☐
☐

"

Lågt blodsocker/Hypoglykemi

☐
☐

"

Djup depression

☐
☐

"

Anorexia eller Bulimia

☐
☐

"

Metaboliska störningar

☐
☐

ej som enda näring

Står under medicinsk dietkontroll

☐
☐

"

Porphyria (genetisk sjukdom)

☐
☐

"

Epilepsi

☐
☐

"

5. Är du allergisk/intolerant mot:

Mjölprotein eller laktos

☐
☐

rådgör med rådgivare

Soja

☐
☐

"

Gluten

☐
☐

"

Kärn- eller stenfrukter

☐
☐

"

Nötter

☐
☐

"

Aspartam

☐
☐

"

Jäst

☐
☐

"

Selleri

☐
☐

"

6. Äter du medicin mot:

Högt blodtryck

☐
☐

rådgör med läkare/rådgivare

Diabetes

☐
☐

"

Lågt blodtryck/Hypotoni

☐
☐

ej som enda näring

7. Äter du någon av följande mediciner:

Digoxin (mot hjärtflimmer)

☐
☐

rådgör med läkare

Lithionit (mot manodepressiv sjukdom)

☐
☐

"

Blodförtunnande medicin (mot blodpropp)

☐
☐

"

Vattendrivande medicin

☐
☐

"

Fenatoin Recip (mot epilepsi)

☐
☐

ej som enda näring/rådgör med läkare

Formuläret fylls i av alla medlemmar i Cambridge Viktprogram. Om Du är under 18 år eller över 70 år bör en läkare avgöra om det är tillrådligt att använda Cambridge som enda näring.

Datum: _____

Underskrift medlem: _____

Underskrift rådgivare: _____

Underskrift läkare: _____

(vid rådgörande med läkare)

Namnförtydligande: _____

Namnförtydligande: _____

Namnförtydligande: _____