

Klient information

Namn:

Personnummer: / /

Adress:

Mobilnummer:

Mail:

Allmän information

Längd:

Vikt:

Yrke:

Civilstånd:

Antal barn:

Preventivmedel:

Gravid: Ja Nej

Genetisk bakgrund:

 Asiat Mellanöstern Nordisk Sydamerikan Nordamerikan Sydeuropé Afrikan Annan:

Blodgrupp: A A O AB

Allergier: Ja Nej

Om ja, mot vad och symptom:

Anledning till dagens besök:

När började symptomen:

Är din smärta/obehag/verk i stort sätt oförändrad oavsett vad du gör?

När på dygnet är symptomen som värst?

Tar du någon receptbelagd medicin?

På en skala från 1–10, skulle du beskriva din stressnivå?

Största stressen i ditt liv (till exempel familjen, jobbet, ekonomin):

Sover du genom hela natten? Ja Nej

Om nej, ca vilken tid vaknar du?

Har du insomningsbesvär? Ja NejHar du tidigare sökt behandling för ovanstående besvär? Ja Nej

Vilken typ av behandling har gjorts och upplever du att den hjälpt?

Hälsoinformation

Har du någonsin upplevt:

Högt blodtryck Ja Nej

Hjärtbesvär Ja Nej

Cirkulationsproblem Ja Nej

Diabetes Ja Nej

Insulin Resistent Ja Nej

Migrän Ja Nej

Muskulär smärta Ja Nej

Genetisk sjukdom Ja Nej

Nedsatt syn Ja Nej

Annan sjukdom Ja Nej

Om du svarade ja på någon av frågorna ovan vänligen förklara kortfattat:

Har du någon gång opererat dig? Ja Nej

Om Ja, vänligen skriv ner datum, typ av operation och resultat:

Har du metall någonstans i din kropp (förutom eventuellt i tänderna)? Ja Nej

Har (eller har haft) någon av dina föräldrar/syskon eller någon annan i släkten cancer eller någon annan allvarlig sjukdom? Ja Nej

Om Ja, redogör för vilken/vilka:

Upplever du någon form av följande symptom VARJE dag?

Trötthet Deprimerad Panikattacker Huvudvärk

Illamående Diarré Förstoppning Kliande utslag

Kronsik smärta/
Inflammation Inkontinens Andfådd

Livsstil & kostvanor

Vad har du för förväntningar och hoppas du uppnå med ditt besök?

När mådde du senast bra?

Tar du antibiotika mer än 3 gånger/år? Ja Nej

Hur ofta väger du dig?

Vilka kosttillskott/vitaminer tar du dagligen?

Följer du en viss diet? Ja Nej
Om ja, vilken?

Hur många mål mat/dag äter du?

Hur många mellanmål äter du/dag?

Markera de alternativ som beskriver din livsstil och kostvanor:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Äter snabbt | <input type="checkbox"/> Oregelbundna mattider | <input type="checkbox"/> Äter för mycket |
| <input type="checkbox"/> Äter gärna sent | <input type="checkbox"/> Ogillar nyttig mat | <input type="checkbox"/> Reser ofta |
| <input type="checkbox"/> Planerar inte måltider/
mellanmål | <input type="checkbox"/> Äter "on the go" | <input type="checkbox"/> För lite tid/tidspressad |
| <input type="checkbox"/> Familjemedlemmar
gillar olika saker | <input type="checkbox"/> Älskar mat | <input type="checkbox"/> Äter för att jag måste |
| <input type="checkbox"/> Har en negativ relation till mat | <input type="checkbox"/> Emotionell ätare
(vid stress/uttråkad) | <input type="checkbox"/> Brottas med ätstörning |
| <input type="checkbox"/> Förvirrad i kostdjungeln | <input type="checkbox"/> Äter oftast snabbmat | <input type="checkbox"/> Mindre bra mellanmål |

Dricker du alkohol? Ja Nej
Hur mycket/ofta i så fall?

Röker eller snusar du?

Föddes du: Naturligt/vaginalt
 Kejsarsnitt

Blev du ammad som barn? Ja Nej
Om ja, hur länge?

Fysisk aktivitet under din vecka:

	Intensitet (låg/medel/hög)	Dagar/vecka	Antal minuter
Yoga			
Kondition			
Styrketräning			
Sport			

Hur motiverad är du att ändra dina kostvanor? Inte speciellt 1 2 3 4 5 Väldigt

Modifiera din livsstil för att nå dina hälsomål 1 2 3 4 5

Utöva avslappnande övningar? 1 2 3 4 5

Hur mycket support och kontakt (telefon, mail) skulle vara till hjälp för dig när du ska genomföra dina livsstilsförändringar?