

KINESIOLOGIFOKUS

Frågeformulär-Hälsostatus

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Tfn/Mobilnr: _____

E-mail: _____

Yrke: _____ Ålder: _____

För att jag ska kunna hjälpa dig på bästa sätt är det viktigt att du besvarar följande frågor:

Söker för: _____

Mentala/emotionella problem du vill prata om: _____

Tidigare sjukdomar, operationer eller annan konstaterad sjukdom: _____

Piercing m.m.: _____

Näringsstillskott du äter nu: _____

Läkemedelsintag senaste 3 år bakåt. Även antibiotikakurer: _____

Släkt relaterade problem: _____

Går du på annan behandling, vilken och hur länge: _____

Medtag alla dina egna vitaminer/mineraler

Kryssa i och/eller ringa in dina besvär.

Sömnbesvär: Svårt att somna / vaknar på förnatten / vaknar på efternatten

RLL-”restless legs”

Eksem / klåda / utslag

Var _____

När _____

Hud problem _____

Allergi, mot vad _____

Medicinering _____

Astma

Medicinering _____

Intolerans, mot vad _____

Fibromyalgi, muskler, leder: stelhet/kramper/ömhet

Dålig cirkulation: händer / fötter.

Domningar, stickningar: händer / fötter

Återkommande inflammationer

Kronisk smärta sedan _____ år/mån

Osteoperos, benskörhet

Vaccination med svininfluensa

Övr. vaccinationer _____

Borrelia/TBE.

Reser ofta/senast till _____

Var sjuk: före/under/ efter resan

Återkommande infektioner

Återkommande förkylningar / smittas lätt / infektionskänslig.

Magproblem: sura uppstötningar/ rapningar

Förstoppning / diarré / hård / mjuk / lös / vattmig / kladdig / slem / flytande

Neurologiska besvär

Yrsel

Huvudvärk

- Hjärnstress / utbrändhet
- Ångest / Panik
- Varit med i större olycka: när, var, hur _____
- Sköldkörtelproblem
- Blodtryck: lågt / högt / Idag _____
- Sockerberoende
- Diabetes, blodsocker i dag _____
- Amalgam i tänderna
- Tandgnissel / muntorrhet / Svamp(vit beläggning på tunga)
- Naglar: starka / spröda / mjuka / vita fläckar / räfflade
- Röker / snusar
- Preventivmedel _____
- Gravid
- Barn/ålder _____
- Annat

Annat som jag vill prata om i behandling. _____

Ansvarsfriskrivning:

Jag är medveten om att terapeuten inte är legitimerad, men utbildad i sitt yrke.
Jag har alltid ett yttersta eget ansvar, för sig och sin egen hälsa.
Jag godkänner att mina uppgifter lagras för klinikens användning.

Datum _____

Underskrift _____