

Basisinformation

For ikke-autoriserede sundhedspersoner

FOTO HER

Navn:

Fødselsdag: Dag:..... Måned:..... År:

Højde: Vægt:

Job:

Gift / samlevende Single

Beskriv dine sundhedsmæssige problemer:

.....

.....

Beskriv dine symptomer:.....

.....

.....

.....

Hvor alvorlige er dine symptomer: Meget alvorlige Alvorlige Moderate Milde

I hvor lang tid, har du haft disse symptomer ?.....

.....

Hvilke diagnose har din læge stillet ? (hvis du har dokumentation fra lægen, medbring det gerne)

.....

Lav gerne en liste over tidligere sygdomme og evt. operationer – med datoer

:.....

.....

.....

Lav en liste over medicin du tager på nuværende tidspunkt :.....

.....

Hvilke urter – eller kosttilskud / naturmedicin tager du ? Lav gerne en liste:

.....

Hvordan er din fordøjelse : God OK Dårlig

Er der nogen former for mad, der særligt giver dig fordøjelsesproblemer ?

.....

.....

Kommer du på toilettet hver dag ? Ja Nej

Afføringer er normalt: Blød Medium Hård

Beskriv venligst din nuværende sindsstemning ?

God OK Sløj (beskriv gerne)

.....

.....

Hvordan er din søvn? Beskriv gerne :

.....

Praktiserer du : Transcendental Meditation ? Ja, siden ? Nej

For kvinder:

Menstruation? Ja Nej Menopause?

Beskriv venligst :

Er du gravid? Nej Ja Det ved jeg ikke

Antallet af graviditeter : Børnenes alder :

1) Har du haft problemer med at fordøje mælkeprodukter, 1. Mælk, smør, gee, fløde m.v.

.....

2) Har du haft eksemmer eller udslæt ?

.....