

Texta tack.

Hälsotillstånd den / 20

Namn

Adress

Post nr

Tel nr

Födelse År mån dag

Kön: Kvinna Man

Var snäll ringa in den siffra som stämmer bäst.

T ex 0 1 2 3 0 = inte alls 3 = mycket

Symtom					
Allmänna		För kommentarer			
Djup trötthet	0	1	2	3	
Viktförändring	±	kg			
Kraftlöshet	0	1	2	3	
Muskelvärk	0	1	2	3	Var? Ryggbesvär
Hjärtklappning	0	1	2	3	
Huvudvärk	0	1	2	3	
Infektioner	0	1	2	3	Var? Sköldkörtel, struma?
Mun					
Metallsmak	0	1	2	3	
Övrigt					
Mag-tarm					
Diarré	0	1	2	3	
Förstoppning	0	1	2	3	
Blåmärke	0	1	2	3	
"Uppblåst mage"					
Menstruationsproblem					
Syn					
Dimsyn	0	1	2	3	
Dubbelseende	0	1	2	3	
Dåligt mörkerseende	0	1	2	3	
Övrigt					
Överkänslig för					
Ljus	0	1	2	3	
Ljud	0	1	2	3	
Lukter	0	1	2	3	
Smärta	0	1	2	3	
Elektricitet	0	1	2	3	
Övrigt					
Nedsatt funktion					
Försämrat luktsinne	0	1	2	3	
Domningar	0	1	2	3	

Förlamningar	0	1	2	3	
Yrsel	0	1	2	3	
Fumlighet	0	1	2	3	
Svårt att koncentrera	0	1	2	3	
Lätt för att bli arg	0	1	2	3	
Dåligt korttidsminne	0	1	2	3	
Deppighet	0	1	2	3	
Handlingsförlamning	0	1	2	3	
Omotiverad gråt	0	1	2	3	
Frusenhet	0	1	2	3	
Feber	0	1	2	3	
Bihåleinfektion	0	1	2	3	
Allergi	0	1	2	3	
Hår	Tunt, tappar, glanslöst				
Hur länge har du varit sjuk?					
Antal tänder med amalgamfyllningar st					
Antal guld- eller metallkronor st					
Inga amalgamfyllningar kvar i munnen Sanerad år					
Blev du bättre/sämare efter sanering?					
Röker/snusar du? Ja Nej					
Äter du "husmanskost"? Vegetarisk kost?					
Annan kost?					
Har du spiral? (preventivmedel)					
Har du blivit läkarundersökt? Ja Nej Om ja, när?					
Resultat					
Alternativ behandling?					
Övrigt					