



# HÄLSOFORMULÄR

## Ayur-Vedisk Hälsokonsultation

Namn: .....

Adress: .....Pnr/Ort.....

Tel: ..... E-post: .....

Föd. datum: ..... Sysselsättning: .....

Ensamstående/ Sambo/ Gift      Barn - antal och ålder: .....

Vad vill du främst förbättra / få hjälp med? .....

.....

### Livsföring och Hälsa

Vaknar ca kl. .... Hur mår du då? .....

Somnar ca kl. .... Är du tillfreds med din sömn? .....

Ger du tid för dig själv dagligen? ..... På vilket sätt? .....

Vilka tider har du måltider: ..... Mellanmål: .....

Är du då hungrig? ..... Blir du ofta trött efter måltid? .....

Använder du regelbundet: Kött Fisk Ägg Mjök Margarin Smör Ost Fil/Yoghurt

Måltidsdryck? ..... Dricker du kaffe/ svart te? .....

Känner du ofta sötsug? .....Födoämne/n du undviker? .....

Har du avföring dagligen? ..... Vilken tid? .....

Är avföringen ofta: Hård/Torr Lös Mjuk/Välformad Seg/Kladdig

Besväras du: - av gaser i mage /tarm? ..... -ofta av diarré? .....

Är du beroende av nikotin/alkohol/narkotika? ..... Har upphört – när? .....

Dricker du alkohol? Vad och hur ofta? .....

Motionerar du och hur ofta? ..... Typ av motion? .....

**Tag med dessa blad ifyllt till besöket!**

Fritidsintressen: .....

Trivs du med ditt liv?    Arbete .....    Privatliv .....

Har du (stryk under) eller har du haft (sätt inom parentes) besvär med:

Allergi vad: .....    Andning    Hals    Bihålor-Täppthet    Huvudvärk

Hjärta-Cirkulation    Mage-Tarm    Lever-Galla    Vikt

Rygg-Nacke    Leder-Muskler    Njurar-Urinvägar    Diabetes

Underlivsorgan    Svampinfektion    Stress    Energibrist

Oro-Ångest    Depression    Cancer    Hud

Syn    Hörsel    Känsel    Lukt    Smak

Övrigt: .....

Har du blivit opererad eller varit inlagd på sjukhus? När och för vad? .....

.....

Står du under läkarvård eller annan behandling nu? .....

Vilka mediciner, naturmedel, kosttillskott använder du och för vad? .....

.....

Har du reagerat negativt på medicin eller behandling? .....

.....

Övrigt du vill nämna? .....

.....

För Kvinnor

Är din menstruation regelbunden? ..... När väntar du nästa mens?.....

Har du besvär med värk eller PMS vid mens/ägglossning? .....

Använder du preventivmedel och vilket? .....

Är du gravid? ..... Befinner du dig i klimakteriet? .....

Ev besvär av det? ..... Menstruation har upphört - när? .....

**Tag med dessa blad ifyllt till besöket!**