

KINESIOLOGI KLINIKEN

Tor Dagerberg

Frågeformulär – hälsostatus

Vi behandlar inte följande enligt bestämmelser i kvacksalverilagen sedan 1800-talet: barn under 8 år, graviditet cancer, diabetes, smittsamma sjukdomar eller epilepsi. (Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso&sjukv. åtg: §1, §2, §3)
Vi rekommenderar alternativ medicinsk vård som ett komplement tillsjukvården, inte som ersättning. Vi balanserar upp kroppens energinivå och näringsstatus. Vi eftersträvar att det allmänna hälsotillståndet höjs.

Förnamn _____ Efternamn: _____
Adress _____ Postnummer _____ Ort: _____
Tele/hem _____ Tele/arb _____ Mobil: _____
E-mail _____ Yrke _____ Födelsedatum _____

Poängsätt kända sjukdomar/besvär:

1-tidigare besvär, 2-lätta besvär, 3-svåra besvär

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hemorrojder | <input type="checkbox"/> Morbus Chronn |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/drogmissbruk | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> HIV-positiv | <input type="checkbox"/> Neuralgi(nervsmärta) |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers | <input type="checkbox"/> Hjärnblödning (T.I.A) | <input type="checkbox"/> Njurinflammation |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (kärlkramp) | <input type="checkbox"/> Hjärnhinneinflammation | <input type="checkbox"/> Njursten |
| <input type="checkbox"/> Anorexi/bulimi | <input type="checkbox"/> Hjärninflammation | <input type="checkbox"/> Osteoporos |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleros(åderförkalkning) | <input type="checkbox"/> Hjärnstress | <input type="checkbox"/> Parasiter |
| <input type="checkbox"/> Astma/bronkit | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär | <input type="checkbox"/> Parkinsons |
| <input type="checkbox"/> Bensår | <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> Prostatabesvär |
| <input type="checkbox"/> Bihåleinfl(återkommande) | <input type="checkbox"/> Hypertoni(högt blodtryck) | <input type="checkbox"/> Reumatism |
| <input type="checkbox"/> Brösttumör/svulst | <input type="checkbox"/> Hypotoni(lågt blodtryck) | <input type="checkbox"/> Ryggvärk,ischias etc |
| <input type="checkbox"/> Bäckebottenuppluckring | <input type="checkbox"/> Hårfall | <input type="checkbox"/> S.L.E/ A.L.S |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Impotens | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelbesvär: |
| <input type="checkbox"/> Candida | <input type="checkbox"/> Inflammationer(återkom.) | <input type="checkbox"/> hyper(hög) |
| <input type="checkbox"/> Cirkulation(dålig) | <input type="checkbox"/> Inkontinens | <input type="checkbox"/> hypo(låg) |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter | <input type="checkbox"/> Sterilitet |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Diarré | <input type="checkbox"/> K.T.S | <input type="checkbox"/> Sår läkning,dålig |
| <input type="checkbox"/> Divertikulos (tarmfickor) | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism/besvär | <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Magkatarr | <input type="checkbox"/> Tandrots- och gombesvär |
| <input type="checkbox"/> Emfysem | <input type="checkbox"/> Magsår | <input type="checkbox"/> Trötthet, utmattning |
| <input type="checkbox"/> Epiduralbedövning eller prov | <input type="checkbox"/> Matsmättningsbesvär | <input type="checkbox"/> Tumör, godartad |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> Mensbesvär: | <input type="checkbox"/> Tungmetallsförgiftning |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgi | <input type="checkbox"/> Flytningar | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit/IBS |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning | <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektioner |
| <input type="checkbox"/> Gallsten | <input type="checkbox"/> Riklig mens | <input type="checkbox"/> Utbrändhet |
| <input type="checkbox"/> Gikt | <input type="checkbox"/> Smärtsam mens | <input type="checkbox"/> Yrsel |
| <input type="checkbox"/> Grå starr | <input type="checkbox"/> Trög o oregelbunden | <input type="checkbox"/> Ångest(Panik) |
| <input type="checkbox"/> Grön starr | <input type="checkbox"/> Övergångsbesvär | <input type="checkbox"/> Fobier |
| <input type="checkbox"/> Halsfluss | <input type="checkbox"/> Migrän | <input type="checkbox"/> Öronsusningar(tinitus) |

Mentala/emotionella problem jag vill ta upp: _____

Operationer eller annan konstaterad sjukdom _____

Mediciner jag äter nu _____

Närings tillskott jag äter nu _____