

## FÖR KVINNOR

**Har du regelbunden menstruation?** Ja  Nej

Hur många dagar har du mellan blödningarna?.....

**Hur många dagar pågår blödningen?**.....

**Hur är din menstruation?**

Sparsam  Riklig  Smärtsam

**Använder du hormoner?**

P-piller  P-spruta  Östrogen

**Har du PMS/Klimakteriebesvär?** Ja  Nej

Om ja, vilka symtom?.....

**Besväras du av generande hårväxt?** Ja  Nej

Om ja, var?.....

**Är du gravid?** Ja  Nej

**Ammar du nu?** Ja  Nej

## FÖR MÄN

**Har du problem vid urinering?** Ja  Nej

**Har du tryckkänsla i underlivet?** Ja  Nej

**Besväras du av akuta smärtor i ländryggen?**

Ja  Nej

**Kontrollerar du regelbundet din prostata?**

Ja  Nej

**Har du humörsvängningar?** Ja  Nej

*Har du mer du vill berätta om dig själv och din hälsa alt. om du inte fått plats att skriva på raderna i formuläret - gör gärna det på ett separat papper som du bifogar detta formulär.*

# Välkommen på Örtkonsultation! Frågeformulär

För att kunna göra en bra konsultation ber jag dig fundera över din hälsa och svara på frågorna i detta formulär. All information behandlas konfidentiellt och stannar mellan dig och mig.

Det ifyllda formuläret skickar du in till mig senast 1 vecka före vårt bokade besök.

Konsultationen tar ca 1 tim. Vi pratar om tankar kring ev bakomliggande orsaker till ditt problem. Du får också värdefulla tips och råd om lämpliga örter och kosttillskott. Allt nertecknat, så att du i lugn och ro kan läsa igenom hemma.

*Varmt välkommen!*

*Annika Svedberg  
örtterapeut*

## HUD & HÄLSA

Friskvårdsgalleriet  
Nygatan 17, 553 16 Jönköping  
036 - 290 89 20  
annika@hudohalsa.com

[www.hudohalsa.com](http://www.hudohalsa.com)

**Namn:**.....

**Adress:**.....

**Postadress:**.....

**Mail:**.....

**Tel:**.....

**Ålder:**..... **Längd:**..... **Vikt:**.....

**Familjesituation:**

Gift  Sambo  Särbo  Barn

## DINA BESVÄR

**Vad har du för besvär?**

.....

.....

**Hur länge har du haft dina besvär?**

.....

**Vad gör dig bättre?**

.....

**Vad gör dig sämre?**

.....

**Finns liknande besvär i släkten?**

Nej  Ja

Om ja, vem?.....

**Har du sökt läkare för besvären?**

Nej  Ja

Om ja, diagnos?.....

.....

## NUVARANDE HÄLSOSTATUS

**Ditt blodtryck:** Normalt  Högt  Lågt

**Ditt kolesterolvärde:** Bra  Högt  Vet ej

**Har du allergi?** Nej  Ja

Om, ja mot vad?.....

**Har du problem med astma?** Nej  Ja

**Har du ofta huvudvärk?** Nej  Ja

Om ja, i så fall när och var?.....

**Känner du dig yr?** Nej  Ja

Om ja, i så fall när på dygnet?.....

**Blir du lätt infekterad?** Nej  Ja

Om ja, var?.....

**Känner du dig:** Varm  Kall

**Känner du dig:** Trång i halsen?

Känslig för beröring på halsen?

**Ökar du lätt i vikt?** Nej  Ja  Ibland

**Motionerar du regelbundet?** Nej  Ja

Om ja, hur?.....

**Sover du bra?** Ja  Nej

Svårt att somna Vaknar ofta på natten, kl.....

**Röker du?** Ja  Nej

**Snusar du?** Ja  Nej

**Äter du några mediciner?** Nej  Ja

Om ja, vilka?.....

**Är du tillfreds med ditt liv?** Ja  Nej

Om nej, vad vill du ändra?.....

.....

## HÅR, HUD & NAGLAR

**Din hårkvalitet?**

Torrt  Fett  Mjäll  Svamp  Håravfall

**Vad har du för hudtyp?**

Normal  Torr  Fet  Acne

**Hudkondition?** Blek  Blossande

Torra eksem  Vätskande eksem

Psoriasis  Nässelutslag/Allergi

Klåda  När på dygnet?.....

Får lätt soleksem  Tål solen bra

**Naglarnas kondition?**

Starka  Sköra  Skivar sig  Svamp

## MATSMÅLTNINGEN

**Äter du?**

Regelbundet  Oregelbundet

Vegetarisk kost  Vegankost  Blandkost

Specialkost?.....

**Hur äter/tuggar du?**

Snabbt  "Normalt"  Långsamt

**Mår du sämre av?** Frukt  Grönsaker

Stekt mat  Fet mat

Mjölksprodukter  Säd

Annat:.....

**Besväras du av?**

Gaser  Illamående  Sötbegär

Svullnad i mellangärdet  Trötthet efter mat

Annat:.....

**Hur ofta tömmer du tarmen?**.....

**Hur ser avföringen ut?**

Brun  Gul  Grå  Grön  Blodig

Hård  Lös  Porös  Puré  Klubbig

Korvform  Harpluttar  Fimpliknande

Flyter på vattenytan

**Hur ser din urin ut?**

Ljusgul  Mörkgul  Gulbrun  Mörkbrun

Skummande  Mjölkkaktig

**Hur doftar din urin?**

Doftlös  Svag doft  Stark doft  Illa

**Hur mycket vatten dricker du/dag?**.....

**Hur mycket annat dricker du/dag?**.....

**Brukar du vara törstig?** Ja  Nej