



LIVSTILSFÖRMULÄR

Datum.....

Förnamn.....Efternamn.....

Adress.....

Mail.....Födelseår.....mån.....dag.....

Tel.....

Ogift - Sambo - Gift - Skild - Annan form.....Antal barn.....

Yrke/sysselsättning.....

Vad vill du främst ha hjälp med?.....

.....

Dygnsrytm

Vaknar kl.....med/utan väckarklocka

Är du då utvilad, glad och alert?

Sover du under dagtid?

Går till sängs ca kl..... Somnar du lätt?

Sover du hela natten utan avbrott eller störningar?

Avsätter du tid för dig själv varje dag?

Tillämpar du någon form av avspänning el meditation?

Ringa in dina svar

Ja Nej Varierar

Ja Nej Varierar

Ja Nej Varierar

Ja Nej Varierar

Ja Nej Varierar

Ja Nej

Aptit – matsmältning – avföring

Kan du tömma tarmarna *varje dag* utan *svårigheter*?

Vilken tid? Tidig morgon Efter frukost Fm

Ja Nej

Em Varierar

Är avföringen ofta: Hård/torr Lös Mjuk/välformad

Seg (som om allt inte töms)

Har du ibland diarré och förstoppning omväxlande?

Ja Nej

Besväras du av gaser i mage/tarm?

Ja Nej

Brukar du dricka något *direkt* när du stiger upp?

Ja Nej

Brukar du känna riktiga hungerkänslor: - före frukost?

Ja Nej

- före lunch?

Ja Nej

- före kvällsmat?

Ja Nej

Brukar du äta även om du inte är hungrig?

Ja Nej

Känner du dig ofta småsugen mellan måltiderna?

Ja Nej

Känner du dig tung, dåsig eller trött när du ätit?

Ja Nej



Måltidstider

Vilka tider äter du? Frukost ca kl.....Lunch ca kl.....Kvällsmat ca kl.....

Mellanmål ca kl.....

Vad brukar du äta? (Ta de senaste dagarna som exempel)

Frukost.....

Lunch.....

Kvällsmat.....

Mellanmål.....

Vad dricker du *till* maten?.....

Vad dricker du *mellan* måltiderna?.....

Dricker du: kaffe te Hur många koppar/dag?.....

Överkänslighet mot födoämnen

Annat som du inte mår bra av eller inte tål.....

Vilka smaker tycker du särskilt mycket om: sött salt surt starkt kärvt bittert

.....**VÄND!**

Stryk under det du använder ofta eller dagligen:

fil yoghurt ägg ost mjölk kött fisk glass

Har du ofta ett söttbehov under dagen? Nej Ja

Vilken form av söta saker brukar du i så fall äta?.....

Äter du detta i samband med måltid eller som mellanmål?.....

Aktuella sjukdomssymtom eller symtom som du tidigare haft

Har du något av följande besvär? Stryk under det som är aktuellt eller ofta återkommande, *sätt inom parentes, det som du ev tidigare ofta haft besvär med.*

Allergi	Andningsbesvär/astma	Cirkulations-/hjärtbesvär	Hörsel
Hudbesvär	Förkylning/bihåleinfl.	Underlivsbesvär Viktproblem	Känsl
Huvudvärk	Täpphet	Mag/tarmbesvär Trötthet	Syn
Oro/ångest	Halsinfektioner	Lever/gallbesvär Cancer	Smak
Depression	Njur/urinvägsbesvär	Led/muskelvärk Diabetes	Lukt
Skador			

Övrigt.....



.....
.....
Ändras ditt välbefinnande vissa tider på dygnet? Nej Ja Vissa tider under året? Nej Ja

Om det ändras, när blir det i så fall bättre?.....

När blir det sämre?.....

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

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

Använder du några läkemedel? Nej Ja.....

.....
Har du tidigare provat komplementära medicinska behandlingar eller kosttillskott? Nej Ja

I så fall vad?.....

Övrigt

Röker/snusar du? Nej Ja I så fall hur mycket/dag? Vill du minska/sluta?.....

Dricker du öl, vin eller starksprit: Varje vecka Oftare Mindre ofta Nästan aldrig

Motionerar du? Regelbundet Oregelbundet

Vilken typ av motion?.....

Trivs du med din situation rent allmänt? Arbete, familj etc Ja Nej

.....
Fritidsintressen?.....

Övrigt du vill nämna.....

.....
För kvinnor Använder du något preventivmedel? Ja Nej
Om du använder preventivmedel, vad använder du?.....
Hur länge har du använt preventivmedel?.....
Är din menstruation regelbunden? Ja Nej
Har du premenstruella besvär? Ja Nej
Har du värk under menstruationen? Ja Nej
När väntar du nästa menstruation Ca.....Har upphört sedan.....
Befinner du dig i klimakteriet? Ja Nej

Allt som tas upp på denna blankett behandlas konfidentiellt av terapeuten som har tystnadsplikt.