

Terapeut: \_\_\_\_\_

# Hälsostatus - FHS

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Poängsätt kända sjukdomar/besvär: 3 = svåra nuvarande besvär, 2 = lätta nuvarande besvär, 1 = tidigare besvär.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne                                 | <input type="checkbox"/> Grå starr                             | <input type="checkbox"/> Multipel skleros (MS)                               |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- / drog-<br>tobaksanvändning | <input type="checkbox"/> Grön starr                            | <input type="checkbox"/> Nefrit (njurinflammation)                           |
| <input type="checkbox"/> Allergi: _ mat, _ miljö              | <input type="checkbox"/> Halsfluss                             | <input type="checkbox"/> Nervös, labil                                       |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers sjukdom                   | <input type="checkbox"/> Hemorrojder                           | <input type="checkbox"/> Neuralgi (nervsmärta)                               |
| <input type="checkbox"/> Amalgamförgiftning/besvär            | <input type="checkbox"/> Herpes                                | <input type="checkbox"/> Njursten/njurbesvär                                 |
| <input type="checkbox"/> Amalgam - har sanerat                | <input type="checkbox"/> HIV-positiv                           | <input type="checkbox"/> Osteoporos (benskörhet)                             |
| <input type="checkbox"/> Amalgam - har ej sanerat             | <input type="checkbox"/> Hjärnblödning                         | <input type="checkbox"/> Parkinsons  |
| <input type="checkbox"/> Anemi (blodbrist)                    | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär                           | <input type="checkbox"/> Prostatabesvär                                      |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (kärlkramp)          | <input type="checkbox"/> hjärtinfarkt                          | <input type="checkbox"/> Psoriasis   |
| <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa / Bulimi            | <input type="checkbox"/> hög puls (Takykardi)                  | <input type="checkbox"/> Reumatiska besvär                                   |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleros (åderförkalkning)     | <input type="checkbox"/> låg puls (Bradykardi)                 | <input type="checkbox"/> Rygg-, nackvärk, ischias                            |
| <input type="checkbox"/> Astma / Bronkit                      | <input type="checkbox"/> oregelbunden puls (Arrhythmia cordia) | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelfunktion onormal                         |
| <input type="checkbox"/> Autism                               | <input type="checkbox"/> Huvudvärk                             | <input type="checkbox"/> hög (hypertyreoidism)                               |
| <input type="checkbox"/> Bensår                               | <input type="checkbox"/> Hyperkolesterolemi (högt kolesterol)  | <input type="checkbox"/> låg (hypotyroidism)                                 |
| <input type="checkbox"/> Bett- / Käkbesvär (spänningar)       | <input type="checkbox"/> Hypertoni (högt blodtryck)            | <input type="checkbox"/> SLE (lupus, reumatisk sjukdom)                      |
| <input type="checkbox"/> Bihåleinflammation                   | <input type="checkbox"/> Hypotoni (lågt blodtryck)             | <input type="checkbox"/> Sterilitet  |
| <input type="checkbox"/> Brösttumör / Bröstsvulst             | <input type="checkbox"/> Hypoglykemi (lågt blodsocker)         | <input type="checkbox"/> Stress  |
| <input type="checkbox"/> Bursit (slemsäcksinflammation)       | <input type="checkbox"/> Håravfall / nagelskörhet              | <input type="checkbox"/> Sårhäkning dålig                                    |
| <input type="checkbox"/> Cancer                               | <input type="checkbox"/> Impotens                              | <input type="checkbox"/> Sömnbesvär  |
| <input type="checkbox"/> Candida albicans                     | <input type="checkbox"/> Inkontinensbesvär                     | <input type="checkbox"/> Tandrots- / gombesvär                               |
| <input type="checkbox"/> Cirkulation (dålig)                  | <input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter                 | <input type="checkbox"/> Tendinit (inflammation i sena)                      |
| <input type="checkbox"/> Cystisk fibros                       | <input type="checkbox"/> Kolon irritabel                       | <input type="checkbox"/> Tromboflebit  |
| <input type="checkbox"/> Depression, nedstämdhet              | <input type="checkbox"/> Kronisk trötthetssyndrom              | <input type="checkbox"/> Trötthet / utmattning / utbrändhet                  |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis (hudinflammation)         | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism / -besvär           | <input type="checkbox"/> Tumör (godartad)                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (sockersjuka)               | <input type="checkbox"/> Magkatarr                             | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit                                       |
| <input type="checkbox"/> Diarré                               | <input type="checkbox"/> Magsår                                | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion                                   |
| <input type="checkbox"/> Divertikulos (tarmfickor)            | <input type="checkbox"/> Mensbesvär                            | <input type="checkbox"/> Yrsel   |
| <input type="checkbox"/> Eksem                                | <input type="checkbox"/> flytningar                            | <input type="checkbox"/> Åderbräck   |
| <input type="checkbox"/> Emfysem                              | <input type="checkbox"/> PMS (premenstruella besvär)           | <input type="checkbox"/> Ödem  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi (krampanfall)               | <input type="checkbox"/> riklig mens (menorragi)               | <input type="checkbox"/> Ögonbesvär  |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgi                          | <input type="checkbox"/> smärtsam mens (dysmenorré)            | <input type="checkbox"/> Öronsusningar                                       |
| <input type="checkbox"/> Frakturer (anteckna var<br>nedan)    | <input type="checkbox"/> trög / oregelbunden (amenorré)        | <input type="checkbox"/> Övervikt  |
| <input type="checkbox"/> Förkyllningar - ofta                 | <input type="checkbox"/> utebliven mens (före 45 år)           | <input type="checkbox"/> Annan konstaterad sjukdom:                          |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning                         | <input type="checkbox"/> övergångssymptom (menopaus)           | <input type="checkbox"/> Jag har god hälsa och känner mig<br>frisk och vital |
| <input type="checkbox"/> Gallsten                             | <input type="checkbox"/> Metallsyndrom (oral galvanism)        |  |
| <input type="checkbox"/> Gikt                                 | <input type="checkbox"/> Migrän                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                          |  |

Mina fem svåraste besvär: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

Jag tar följande läkemedel regelbundet (sedan år):

Kost:

Alt behandlingar:

- Husmanskost  
 Husmans-/hälsokost  
 Vegetarisk  
 Vegan  
 Allergi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Läkarkontakt:

Jag tar följande kosttillskott regelbundet:

Alt terapeut:

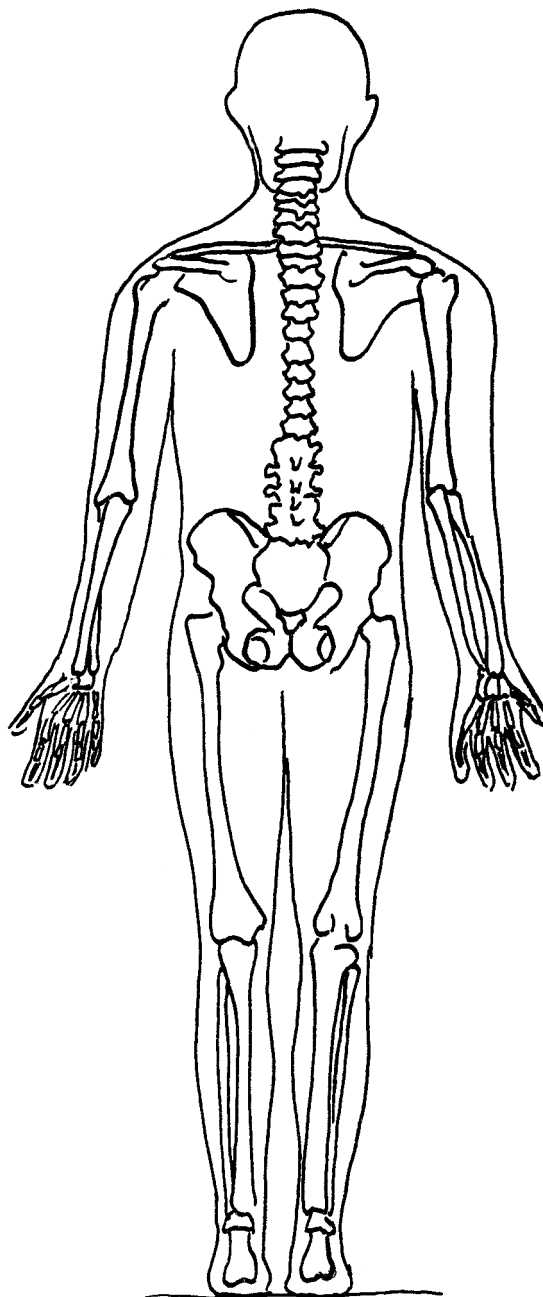
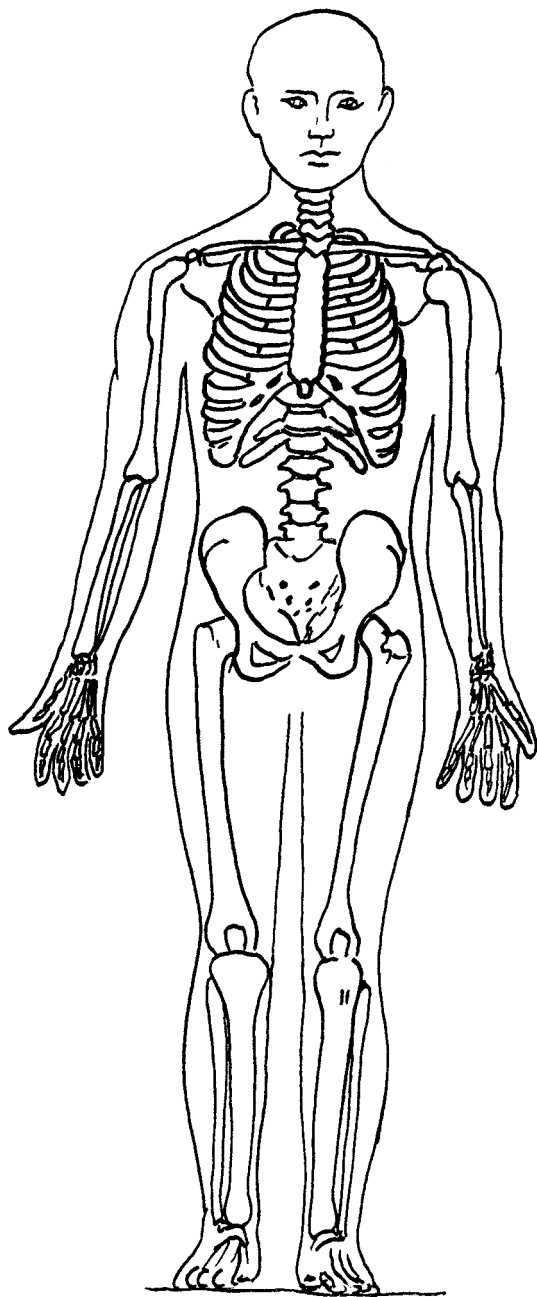
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Markera alla skador, operationer, ärr, utdrag av tänder med X.

Markera och gradera ömma punkter med en pil och 1, 2 eller 3 ( 1 = tidigare besvär, 2 = lätta besvär, 3 = svåra besvär)

**Fram**  
**Din högra sida**                      **Din vänstra sida**

**Bak**  
**Din vänstra sida**                      **Din högra sida**



Besvär/sjukdomar hos nära släktingar:

M=På mammas sida, P=på pappas sida, S=syskon

Vikt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blodtryck: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_