

Datum:

Team Pernilla Carrier frågeformulär – hälsostatus Dagens datum:

Vi behandlar inte följande enligt bestämmelser i kvacksalverilagen: barn under 8 år, graviditet, cancer, diabetes, smittsamma sjukdomar eller epilepsi. (Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder: §1, §2, §3). Vi rekommenderar alternativ medicinsk vård som ett komplement till sjukvården, 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: _____

Yrke: _____ Födelsedatum: _____ E-post: _____

Längd: _____ cm Vikt: _____ kg Hur har du hört talas om oss? _____

Poängsätt **bara** kända sjukdomar/besvär. 1: tidigare besvär 2: lätta besvär 3: svåra besvär

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Halsfluss | <input type="checkbox"/> Migrän |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/drogmissbruk | <input type="checkbox"/> Hemorrojder | <input type="checkbox"/> Crohns |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> HIV-positiv | <input type="checkbox"/> Njurinflammation |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (kärlkramp) | <input type="checkbox"/> Stroke (blödning/propp?) | <input type="checkbox"/> Neuralgi (nervsmärta) |
| <input type="checkbox"/> Anorexi/bulimi | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär | <input type="checkbox"/> Njursten |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleros (åderförkalkning) | <input type="checkbox"/> Hjärninflammation | <input type="checkbox"/> Osteoporos (benskörhet) |
| <input type="checkbox"/> Astma eller bronkit | <input type="checkbox"/> Hjärnhinneinflammation | <input type="checkbox"/> Parasiter |
| <input type="checkbox"/> Bensår | <input type="checkbox"/> Hjärnstress | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Käkspänningar | <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> Prostatabesvär |
| <input type="checkbox"/> Bihåleinflammation (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"/> Håravfall | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelbesvär |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> IBS | <input type="checkbox"/> hyperaktivitet (hög) |
| <input type="checkbox"/> Candida | <input type="checkbox"/> Impotens | <input type="checkbox"/> hypoaktivitet (låg) |
| <input type="checkbox"/> Cirkulation, nedsatt | <input type="checkbox"/> Inflammationer (återkom.) | <input type="checkbox"/> ALS |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Sömnbesvär | <input type="checkbox"/> Sterilitet |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinens | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Diarré | <input type="checkbox"/> Inlärningsvärigheter | <input type="checkbox"/> Sårhäkning, dålig |
| <input type="checkbox"/> Divertikulos (tarmfickor) | <input type="checkbox"/> Kroniskt trötthetssyndrom | <input type="checkbox"/> Tandrots-/gombesvär |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Magkatarr | <input type="checkbox"/> Tungmetallsförgiftning |
| <input type="checkbox"/> Lungemfysem | <input type="checkbox"/> Magsår | <input type="checkbox"/> Trötthet, utmattning |
| <input type="checkbox"/> Epiduralbedövning eller -prov | <input type="checkbox"/> Matsmältningsbesvär | <input type="checkbox"/> Tumör, godartad |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism | <input type="checkbox"/> TIA (tillf. syrebrist i hjärnan) |
| <input type="checkbox"/> Fobier | <input type="checkbox"/> Underlivsbesvär | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgi | <input type="checkbox"/> Flytningar | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektioner |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning | <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Utbrändhet |
| <input type="checkbox"/> Gallsten | <input type="checkbox"/> Riklig mens | <input type="checkbox"/> Yrsel |
| <input type="checkbox"/> Gikt | <input type="checkbox"/> Smärtsam mens | <input type="checkbox"/> Ängest |
| <input type="checkbox"/> Grå starr | <input type="checkbox"/> Oregelbunden | <input type="checkbox"/> Öronsusning/tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Grön starr | <input type="checkbox"/> Övergångsbesvär | |

Mentala/emotionella problem jag vill ta upp: _____

Operationer eller annan konstaterad sjukdom: _____

Mediciner jag äter nu: _____

Närings tillskott jag äter nu: _____

Vad har du för syfte och önskemål med ditt besök hos oss? _____

Hur ofta går du på toaletten och har avföring? _____

Lätt? Svårt? På morgonen? Behövs hjälpmedel? _____

Hur mycket rent vatten dricker du om dagen? _____

Har du någon form av vattenrening på ditt dricksvatten? _____

Hur är dina sömnvanor, timmar, bra / dåligt? _____

Går du på någon annan behandling, om så vilken och hur ofta? _____

Tränar du? Om ja, hur ofta och vad? _____

Hur motiverad är du att följa råd samt ta ansvar för din hälsa? (0: inget, 10: max): _____

GDPR: Vi samlar och registrerar dina personuppgifter i enlighet med gällande lag i vårt datasystem. Vi för även en journal vid varje besök som vi arkiverar på papper och förvarar i våra behandlingsrum. Jag godkänner att ni för pappersjournal gällande mig och mina behandlingar hos Behandlingsteam Pernilla Carrier. Om du INTE vill ha vårt **nyhetsbrev** sätt ett kryss här TACK!

Namn TEXTA..... Namn SIGNATUR

Toxicitetsformulär

Frågeformulär vid misstänkt förgiftning i kroppen

Vid varje punkt nedan finns uppräknat olika symtom. Gradera varje symtom enligt poängskalan 0-4, baserat på hur din hälsa har sett ut under **de senaste 30 dagarna**. Räkna ihop siffrorna under varje punkt för att få en delsumma. Lägg sedan ihop alla delsummor för att få en slutsumma. Om någon delsumma visar mer än 10 poäng, eller slutsumman är över 50 poäng, bör du diskutera med din terapeut för att på bästa sätt bli vägledad genom ett effektivt och vetenskapligt beprövat avgiftningsprogram.

Poängskala

0: Har aldrig eller sällan haft problemen

1: Tillfälliga, lindriga besvär

2: Tillfälliga, svåra besvär

3: Regelbundna, lindriga symtom

4: Regelbundna, svåra symtom

HUVUD

___ Huvudvärk

___ Matthet

___ Yrsel

___ Sömnrubbingar

Delsumma: _____

LUNGOR

___ Slembildning/blodstockning

___ Astma, bronkit

___ Andnöd

___ Andningssvårigheter

Delsumma: _____

ÖGON

___ Suddig syn/tunnelseende

___ Svullna, röda el. stickande ögonlock

___ Påsar/mörka ringar under ögonen

___ Vattniga/kliande ögon

Delsumma: _____

LEDER/MUSKLER

___ Smärta eller värk i leder

___ Känsla av svaghet eller trötthet

___ Stelhet/begränsad rörelseförmåga

___ Smärta eller värk i muskler

___ Artrit

Delsumma: _____

ÖRON

___ Kliande öron

___ Smärtande öron, öroninfektioner

___ Ringningar i öronen, dålig hörsel

___ Rinnande öron

Delsumma: _____

VIKT

___ Överdrivet ätande/drickande

___ Begär efter särskild mat

___ Övervikt

___ Tvångsätande

___ Binder vätska i kroppen

___ Undervikt

Delsumma: _____

NÄSA

___ Tappthet

___ Bihåleproblem

___ Hösnuva

___ Överdriven slembildning

___ Nysattacker

Delsumma: _____

ENERGI/AKTIVITET

___ Trötthet eller lathet

___ Apati, letargi (dvala)

___ Hyperaktivitet

___ Rastlöshet

Delsumma: _____

MUN/HALS

___ Ont i halsen, hes, svårt att prata

___ Kväljningar, harklar ofta

___ Kronisk hosta

Delsumma: _____

HJÄRNA

___ Dåligt minne

___ Förvirring, dålig fattningsförmåga

___ Dålig koncentrationsförmåga

___ Dålig fysisk koordination

___ Svårt att fatta beslut

___ Stamning

___ Otydligt tal

___ Inlärningsproblem

Delsumma: _____

HUD

___ Akne

___ Utslag, eksem, torr hud

___ Håravfall

___ Rodnande hud, svallningar

___ Överdrivna svettningar

Delsumma: _____

ÖVRIGT

___ Kliande eller avsöndrande organ

___ Behov av att urinera ofta

___ Ofta sjuk

Delsumma: _____

HJÄRTA

___ Oregelbundna el. missade hjärtslag

___ Snabba eller dunkande hjärtslag

___ Bröstmärta

Delsumma: _____

Slutsumma: _____