

## Intagningsformulär Funktionsmedicin / Näringsterapi

Namn	
Pers. nr	
Datum	

Var vänlig lista dina symptom för vilka du söker stöd:

Symptom 1: \_\_\_\_\_ Betyg sätt: \_\_\_\_\_

0 så bra som det kan vara och 6 så illa som det kan vara

Symptom 2: \_\_\_\_\_ Betyg sätt: \_\_\_\_\_

0 så bra som det kan vara och 6 så illa som det kan vara

Välj en aktivitet (fysisk, social eller mental) som är viktig för dig och som ditt problem omöjliggör, eller gör det svårare för dig att göra. Betygsätt hur illa det har varit den sista veckan.

Aktivitet: \_\_\_\_\_ Betyg sätt: \_\_\_\_\_

0 så bra som det kan vara och 6 så illa som det kan vara

Hur skulle du säga att ditt generella hälsotillstånd har varit den sista veckan?

\_\_\_\_\_ 0 så bra som det kan vara och 6 så illa som det kan vara

Medicinsk historia					
Var vänlig fyll i "ja" för dem diagnoser du fått av din läkare och skriv även ungefärligt datum för diagnosen.					
Diagnos	Ja	Datum för diagnos	Diagnos	Ja	Datum för diagnos
<b>Mage-tarm</b>			<b>Inflammation / Auto-immune</b>		
Irritable Bowel Syndrome (IBS)			Chronic Fatigue Syndrome		
Irritable Bowel Disease (IBD)			Rheumatoid Artros		
Crohn's			Lupus SLE		
Ulcerative Kolit			Ofta förklyld / infektioner		
Coeliaki			Svåra infektionssjukdomar		
Magsår			Herpes		
Sura uppstötningar, halsbränna			Gikt		
Hepatit el. Leversjukdom			Annan:		
Livsmedelsintolerans					
Annan:					
<b>Luftvägarna</b>			<b>Muskler-struktur / Smärta</b>		
Astma			Artros		

Kronisk bihåleinflammation			Kronisk smärta		
Sömnapné			Fibromyalgi		
Bronkit			Migrän		
Tuberkulos			Annan:		
Annan:					
<b>Kardiovaskulär</b>			<b>Urin / Reproduktiv hälsa</b>		
Hjärt-kärlsjukdom / Hjärtinfarkt			Njursten		
Stroke			Urinvägsinfektion		
Högt kolestrol			Jäst/svampinfektion		
Oregelbundna hjärtslag			Prostata problem		
Högt blodtryck			Annan:		
Annan:					
Nervsystemet / Hjärnan			Ämnesomsättning / Endokrin		
Depression			Diabetes typ 1		
Änglsan			Diabetes typ 2		
ADD / ADHD			Metabolskt syndrom		
Multipel skleros			Underaktiv sköldkörtel		
Epilepsi			Hashimotos		
Anorexia			Överaktiv sköldkörtel		
Bulimi			Graves'		
Ospecifierad ätstörning			Polysystisk ovarian syndrome (PCOS)		
Parkinson's					
Annan:					
<b>Dermatologiskt</b>					
Eksem					
Psoriasis					
Akne					
Annan:					
<b>Någon annan diagnos som din läkare givit dig:</b>					
<b>Tidigare skador och operationer. Notera gärna din ålder samt datum vid tillfället, om du vet:</b>					
Din födelsehistoria: Vaginal <input type="checkbox"/> C-sektion: <input type="checkbox"/>					
Ammades du som bebis: Ja <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Om ja, hur länge:					
<b>Familjehistoria:</b>					
Har någon i din närmsta familj (förälder, syskon, barn eller mor- eller far förälder) fått någon av följande diagnoser:					

Diagnos:	Ja	Familjemedlem	Ålder när det började	Beskrivning
Hjärt-kärl sjukdom				
Högt blodtryck				
Stroke				
Diabetes 2				
Cancer				
Allergi				
Livsmedelsintolerans				
Auto-immune sjukdom				
<b>Din tandhälsa:</b>				
Går du till tandläkaren varje år:				
Har du några lagningar:				
<b>Allergier</b>			<b>Symptom</b>	
Livsmedel				
Läkemedel				
Kosttillskott				
Miljö				
<b>Läkemedel och kosttillskott: Var vänlig lista läkemedel, kosttillskott samt örter som du tar.</b>				
Namn på läkemedel	När började du	Dos	Hur ofta	Orsak
Kosttillskott / ört	När började du	Dos	Hur ofta	Orsak
Har du tagit, eller tar, ibuprofen, aspirin eller liknande smärtstillande regelbundet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				
Tar du regelbundet gaviscon eller annat läkemedel för halsbränna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				
Har du tagit antibiotika / pencillin mer än 3 ggr per år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				
<b>Livsstil</b>				
Rör du på dig och motionerar regelbundet: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, var vänlig fyll i nedan				
<b>Aktivitet</b>	<b>Hur många dagar i veckan</b>		<b>Längd</b>	
Hur många timmar sover du per natt:				
Hur dags går du och lägger dig?				
När vaknar du?				
Kryssa i det som stämmer (om något): Svårt att somna <input type="checkbox"/> Vaknar på natten <input type="checkbox"/> Känner mig inte utvilad <input type="checkbox"/>				
Hur hanterar du stress? Vad hjälper dig att slappna av?				
<b>Miljögifter Exponering</b>				

Vad har du för yrke?			
Är du regelbundet exponerad för någon av följande:			
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	Målarfärg	<input type="checkbox"/>
Avgaser	<input type="checkbox"/>	Kemikalier	<input type="checkbox"/>
Parfymer	<input type="checkbox"/>	Nagellack	<input type="checkbox"/>
Kemisk tvätt	<input type="checkbox"/>	Hårfärg	<input type="checkbox"/>
Känner du dig yr, får yrsel eller huvudvärk när du är exponerad för starka kemikalier eller rök? Om ja, förklara:			
Var vänlig beskriv tidigare eller pågående exponering av substanser som droger, alkohol eller kemikalier:			
<b>Näringshistoria</b>			
Har du ändrat dina ätvanor på grund av hälsa? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Var vänlig beskriv:			
Följer du för tillfället någon speciell kost:			
Längd:	Tillfällig vikt:	Normal vikt:	Önskad vikt:
Hur många måltider äter du dagligen:		Mellanmål:	
Hur många måltider äter du ute på restaurang eller som hämtmat varje vecka:			
Hur många koppar med koffeinhaltig dryck dricker du per dag?			
Dricker du alkohol? Om ja, hur många enheter per vecka?			
Vad är din favoritmåltid?			
Kryssa is alla faktorer som stämmer överrens med dina matvanor och nuvarande livsstil:			
Gillar att äta <input type="checkbox"/>	Äter fort <input type="checkbox"/>	Bor ensam och äter ofta ensam <input type="checkbox"/>	
Gillar att laga mat <input type="checkbox"/>	Äter sporadiskt <input type="checkbox"/>	Planerar inte måltider <input type="checkbox"/>	
Känslomässig ätare <input type="checkbox"/>	Äter för mycket <input type="checkbox"/>	Dåligt med tid <input type="checkbox"/>	
Äter sent på kvällen <input type="checkbox"/>	Äter snabbmat <input type="checkbox"/>	Reser ofta <input type="checkbox"/>	
Har det jobbigt med problem runt mat <input type="checkbox"/>	Gör dåliga val <input type="checkbox"/>	Äter för att jag måste <input type="checkbox"/>	
Familjemedlemmar har olika smak <input type="checkbox"/>	Förvirrad av kostråd / näring <input type="checkbox"/>	Negativt förhållande till mat <input type="checkbox"/>	
Ogillar att laga mat <input type="checkbox"/>		Ogillar hälsosam mat <input type="checkbox"/>	
		Jag kan inte laga mat <input type="checkbox"/>	
<b>Kostdagbok:</b> Var vänlig skriv ner vad du äter och dricker under en typisk dag. Var noga med att inkludera alla drycker, sötningsmedel och eventuella smaksättare.			
Tid som du vaknar:		Sänggående:	

Tid	Mat / dryck	Hur mycket	Var (hemma / restaurang)

**Livsmedelsintagsformulär – Hur ofta äter du följande?**

Livsmedel	Aldrig eller $\leq 4x$ / år	Sällan eller $\leq 4x$ / månad	1 x / vecka	2 x / vecka	3 x / vecka	Dagligen
Ost						
Yoghurt, Kefir (ko-el get mjölk)						
Mjölk (ko)						
Mjölkalternativ (soja, kokos, mandel, ris eller hampa)						
Rött kött						
Griskött						
Processat kött (korv, bacon, skinka, salami)						
Kyckling						
Ägg						
Fet fisk (lax, sardiner, makrill, sill)						
Vit fisk						
Skaldjur						
Baljväxter (bönor och linser)						
Edamamebönor						
Tofu, tempeh						
Köttalternativ (t.ex. beyond meat, sojakorv, quorn)						
Bär						
<b>Frukt och grönsaker – var vänlig välj:</b>						
Kålgrönsaker (t.ex. kål, brokkoli, brysselkål)						

Gröna bladgrönsaker (t.ex. spenat, ruccola, salladsblad)						
<b>Livsmedel</b>	<b>Aldrig eller ≤4x / år</b>	<b>Sällan eller ≤4x / månad</b>	<b>1 x / vecka</b>	<b>2 x / vecka</b>	<b>3 x / vecka</b>	<b>Dagligen</b>
Andra gröna frukter och grönsaker (t.ex. ärtor, avocado, gurka)						
Gul frukt och grönsaker ( t.ex. gul paprika, citron, melon, ananas)						
Orange frukt och grönsaker (t.ex. morot, sötpotatis, aprikoser)						
<b>Röda frukt och grönsaker (t.ex. tomater, äpplen, körsbär)</b>						
Blå frukt och grönsaker (t.ex. blåbär, plommon, rödbeta)						
Vita / bruna frukt och grönsaker (t.ex. lök, vitlök, ingefära, nötter)						
Gurkmeja, kummin, ingefära, rosmarin, oregano, persilja						
<b>Nötter, nötsmör och fetter – var vänlig välj:</b>						
Avocado, Extra virgin oliv olja						
Solrosolja, rapsolja						
Smör, ghee						
Jordnötssmör						
Mandelsmör						
Annat nötsmör						
Vitt ris						
Vit pasta						
Vitt bröd						
Pannkakor, våfflor						
Bullar, kaffebröd						
Kakor						
Chips						
Popcorn						
Annat snack						
Fullkorn som råg, korn,						
Andra fullkorn (hirs, bovete, quinoa, brunt ris)						
Glass						
<b>Drycker:</b>						

Vatten						
Kaffe						
Livsmedel	Aldrig eller $\leq 4x$ / år	Sällan eller $\leq 4x$ / månad	1 x / vecka	2 x / vecka	3 x / vecka	Dagligen
Te (svart, vitt, grönt)						
Örtte						
Vin						
Öl						
Övrig alkohol						
Läsk						
Saft						
Juice						
<b>Dagligt intagssummering:</b>						
Vilken typ(er) av protein äter du mest av:	Animalsikt kött	Bönor/Linser	Ägg	Soja-baserat	Mjölksprodukter	Nötter och frön
Hur många frukter äter du under en dag:						
Hur många grönsaker äter du varje dag:						
Hur mycket vatten dricker du dagligen:						

## Symptom formulär

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

Fyll i varje symptom och ge dem ett betyg på hur du mått dem senaste 30 dagarna.

### Skala för att betygsätta symptom:

0 = jag har inga problem med detta 1 = jag lider av detta IBLAND (mindre än 2 gånger i veckan), det är inte allvarligt 2 = jag lider av detta OFTA (2 gånger eller mer i veckan), det är inte allvarligt 3 = jag lider av detta IBLAND och det är ALLVARLIGT 4 = jag lider OFTA av detta och det är ALLVARLIGT	<b>Totalt:</b>
--	----------------

#### ÖVERGRIPANDE

Trötthet, fatigue \_\_\_\_\_  
 Hyperaktiv (nervös energi) \_\_\_\_\_  
 Rastlös (kan inte sitta still) \_\_\_\_\_  
 Sömnig under dagen \_\_\_\_\_  
 Sämnlöshet \_\_\_\_\_  
 Sjukdomskänsla \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### MENTAL HÄLSA

Depression (känsla av hopplöshet) \_\_\_\_\_  
 Ängslan (rädsla, orolig) \_\_\_\_\_  
 Känslomässigt ostabil \_\_\_\_\_  
 Irriterad \_\_\_\_\_  
 Glömsk \_\_\_\_\_  
 Koncentrationssvårighet \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-24) \_\_\_\_\_

#### HUVUD/ÖRON

Huvudvärk \_\_\_\_\_  
 Migrän \_\_\_\_\_  
 Öroninfektion \_\_\_\_\_  
 Ringande öron \_\_\_\_\_  
 Kliande öron \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-24) \_\_\_\_\_

#### HUD

Akne \_\_\_\_\_  
 Utslag, nässelutslag \_\_\_\_\_  
 Eksem \_\_\_\_\_  
 Rosacea \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-16) \_\_\_\_\_

#### NÄSA

Post nasalt dropp \_\_\_\_\_  
 Värk i bihålorna \_\_\_\_\_  
 Konstant snuva \_\_\_\_\_  
 Täppt näsa \_\_\_\_\_  
 Nyser ofta \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### MUN/HALS

Halsont \_\_\_\_\_  
 Svullen hals \_\_\_\_\_  
 Svullna läppar / tunga \_\_\_\_\_  
 Harklar sig ofta \_\_\_\_\_  
 Sår/blåsor i munhåla \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### LUNGOR

Väsande andning (astmaliknande) \_\_\_\_\_  
 Överbelastning /tungt i bröstet \_\_\_\_\_  
 Torrhosta \_\_\_\_\_  
 Slemhosta \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### ÖGON

Röda/svullna ögon \_\_\_\_\_  
 Vattninga ögon \_\_\_\_\_  
 Kliande ögon \_\_\_\_\_  
 Mörka ringar under ögonen \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-16) \_\_\_\_\_

#### UROGENITAL

Urinerar ofta \_\_\_\_\_  
 Smärta vid urinering \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-8)

#### MUSKLER

Ont i leder \_\_\_\_\_  
 Stela leder \_\_\_\_\_  
 Stela muskler \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### KARDIOVASKULÄR

Oregelbundna hjärtslag \_\_\_\_\_  
 Högt blodtryck \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-8) \_\_\_\_\_

#### MAGE-TARM

Halsbränna \_\_\_\_\_  
 Ont i magen/kramp \_\_\_\_\_  
 Förstoppning \_\_\_\_\_  
 Diarre \_\_\_\_\_  
 Svullen \_\_\_\_\_  
 Gaser \_\_\_\_\_  
 Illamående/kräkning \_\_\_\_\_  
 Ont i ändtarmen vid avföring \_\_\_\_\_  
 Klåda i ändtarmen \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-40) \_\_\_\_\_

#### VIKT

Flukturerande vikt \_\_\_\_\_  
 Sug \_\_\_\_\_  
 Samlar vatten \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-12) \_\_\_\_\_

#### PMS

Smärta \_\_\_\_\_  
 Uppblåst \_\_\_\_\_  
 Samlar vatten \_\_\_\_\_  
 Irriterad \_\_\_\_\_  
 Ledsen \_\_\_\_\_  
 Akne \_\_\_\_\_  
 Ömma bröst \_\_\_\_\_  
 Oro och ångest \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-32)