



# TOR DAGERBERG KLINIKEN

## Frågeformulär – hälsostatus

Vi behandlar inte följande enligt bestämmelser i kvacksalverilagen sedan 1800-talet: barn under 8 år, graviditet cancer, diabetes, smittsamma sjukdomar eller epilepsi. (Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso&sjukv. åtg: §1, §2, §3)  
Vi rekommenderar alternativ medicinsk vård som ett komplement tillsjukvården, 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: \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Yrke \_\_\_\_\_ Födelsedatum \_\_\_\_\_

### Poängsätt kända sjukdomar/besvär:

#### 1-tidigare besvär, 2-lätta besvär, 3-svåra besvär

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne                            | <input type="checkbox"/> Hemorrojder               | <input type="checkbox"/> Morbus Chronn           |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/drogmissbruk            | <input type="checkbox"/> Herpes                    | <input type="checkbox"/> MS                      |
| <input type="checkbox"/> Allergi                         | <input type="checkbox"/> HIV-positiv               | <input type="checkbox"/> Neuralgi(nervsmärta)    |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers                      | <input type="checkbox"/> Hjärnblödning (T.I.A)     | <input type="checkbox"/> Njurinflammation        |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (kärkramp)      | <input type="checkbox"/> Hjärnhinneinflammation    | <input type="checkbox"/> Njursten                |
| <input type="checkbox"/> Anorexi/bulimi                  | <input type="checkbox"/> Hjärninflammation         | <input type="checkbox"/> Osteoporos              |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleros(åderförkalkning) | <input type="checkbox"/> Hjärnstress               | <input type="checkbox"/> Parasiter               |
| <input type="checkbox"/> Astma/bronkit                   | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär               | <input type="checkbox"/> Parkinsons              |
| <input type="checkbox"/> Bensår                          | <input type="checkbox"/> Huvudvärk                 | <input type="checkbox"/> Prostatabesvär          |
| <input type="checkbox"/> Bihåleinfl(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"/> Hårfavfall                | <input type="checkbox"/> S.L.E/ A.L.S            |
| <input type="checkbox"/> Cancer                          | <input type="checkbox"/> Impotens                  | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelbesvär:      |
| <input type="checkbox"/> Candida                         | <input type="checkbox"/> Inflammationer(återkom.)  | <input type="checkbox"/> hyper(hög)              |
| <input type="checkbox"/> Cirkulation(dålig)              | <input type="checkbox"/> Inkontinens               | <input type="checkbox"/> hypo(låg)               |
| <input type="checkbox"/> Depression                      | <input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter     | <input type="checkbox"/> Sterilitet              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Insomnia                  | <input type="checkbox"/> Stress                  |
| <input type="checkbox"/> Diarré                          | <input type="checkbox"/> K.T.S                     | <input type="checkbox"/> Sår läkning,dålig       |
| <input type="checkbox"/> Divertikulos (tarmfickor)       | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism/besvär  | <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter         |
| <input type="checkbox"/> Eksem                           | <input type="checkbox"/> Magkatarr                 | <input type="checkbox"/> Tandrots- och gombesvär |
| <input type="checkbox"/> Emfysem                         | <input type="checkbox"/> Magsår                    | <input type="checkbox"/> Trötthet, utmattning    |
| <input type="checkbox"/> Epiduralbedövning eller prov    | <input type="checkbox"/> Matsmättningsbesvär       | <input type="checkbox"/> Tumör, godartad         |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi                        | <input type="checkbox"/> Mensbesvär:               | <input type="checkbox"/> Tungmetallsförgiftning  |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgi                     | <input type="checkbox"/> Flytningar                | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit/IBS       |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning                    | <input type="checkbox"/> PMS                       | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektioner     |
| <input type="checkbox"/> Gallsten                        | <input type="checkbox"/> Riklig mens               | <input type="checkbox"/> Utbrändhet              |
| <input type="checkbox"/> Gikt                            | <input type="checkbox"/> Smärtsam mens             | <input type="checkbox"/> Yrsel                   |
| <input type="checkbox"/> Grå starr                       | <input type="checkbox"/> Trög o oregelbunden       | <input type="checkbox"/> Ångest(Panik)           |
| <input type="checkbox"/> Grön starr                      | <input type="checkbox"/> Övergångsbesvär           | <input type="checkbox"/> Fobier                  |
| <input type="checkbox"/> Halsfluss                       | <input type="checkbox"/> Migrän                    | <input type="checkbox"/> Öronsusningar(tinitus)  |

Mentala/emotionella problem jag vill ta upp: \_\_\_\_\_

Operationer eller annan konstaterad sjukdom \_\_\_\_\_

Mediciner jag äter nu \_\_\_\_\_

Närings tillskott jag äter nu \_\_\_\_\_