

Sundhedsvurdering

Sendestil:

Tue Gertsen

Toeltvej 39 A, Toelt

3050 Humlebæk

Senest 5 dage før rådgivning

Til kontorbrug

Navn: _____

Dato: _____

Formålet med denne sundhedsvurdering er ikke bare at belaste dig med spørgemål, men at involvere dig mere aktivt i din egen selvhelbredelse ved at forøge din opmærksomhed på de ydre og indre faktorer, som betinger din livskvalitet. Ved at læse dine svar kan vi sammen bruge tiden mere optimalt.

Husk at hvis du ikke har lyst til at svare, er det også i orden.

Jeg vil gøre dig opmærksom på, at dine anbefalinger ikke er lægelige medicinske råd. Hvis dit mål er at tage ansvar for selv at forbedre din livskvalitet, ser jeg frem til at dele min energi, erfaring og indsigter med dig.

Alle dine svar vil blive behandlet fuldstændigt fortroligt.

Jeg er indforstået med ovennævnte _____
Underskrift

Fulde navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og By: _____

Telefon hjemme: _____ Telefon arbejde: _____

Fødselstidspunkt - Dag: _____ Måned: _____ År: _____

Erhverv - Nuværende: _____

Forhenværende: _____

Andet: _____

Gift: Ugift: Skilt: Andet: _____

Børn (antal og alder): _____

Eventuelt henvist af: _____



Hvilke terapier har du evt. prøvet:

Før: _____

Nu: _____

Eventuel lægelig diagnose og behandling: _____

Eventuel holistisk diagnose og behandling: _____

Medicinsk historie - Beskriv i kronologisk orden din sygehistorie (diagnose, medicin, operationer, ulykker osv.): _____

Sygdomme i familien: _____

Eventuelle fødselsproblemer: _____

Psykologiske problemer og behandling: _____

Eventuelle allergier (beskriv): _____

Medicin (beskriv eventuelt effekt, biefekt):
Før: _____

Seneste 4 måneder: _____

Fortsættes næste side

Kosttilskud, urtemedicin osv.:

Før: _____

Seneste 4 måneder: _____

Stress seneste 2 år (arbejde, miljø, hjemme osv.):

Før: _____

Nu: _____

Er du fysisk aktiv:

Før: _____

Nu: _____

Andre aktiviteter/interesser: _____

Antal fødsler: _____

Problemer med fødsler (abort, kejsersnit, for tidlig osv.): _____

Dage mellem mens:

Før: _____

Nu: _____

Brystproblemer: _____

Problemer med overgangsalder: _____

Hvilken slags Fødselskontrol:

Før: _____

Nu: _____

Barnløshedsproblemer: _____

Andet: _____

Kun for kvinder:

Fortsættes næste side



Hvad er de vigtigste problemer, du gerne vil have hjælp med: _____

Hvordan påvirker disse problemer din dagligdag (arbejde, samliv spisning, søvn, psyke osv.):

Hvad mener du evt. selv er årsagen til dine problemer: _____

Hvad har du evt. selv gjort for at forbedre dine problemer: _____

Andet: _____

Følger du et specielt kostprogram (hvilket, hvor længe):

Før: _____

Nu: _____

Fortsættes næste side



Daglig kost (beskriv kort):

Morgen: _____

Frokost: _____

Aften: _____

Mellemmåltider: _____

Efter aftensmad: _____

Drikke (hvilke, mængde): _____

Hvad er dit forhold til:

Saltet mad: _____

Sur smag: _____

Bitter smag: _____

Sød smag: _____

Krydret smag: _____

Fedtstoffer: _____

Kød (fisk, fjerkræ, rødt kød, æg): _____

Mælkeprodukter (art, mængde): _____

Grøntsager (hvilke, rå, tilberedt osv.): _____

Brød (art, mængde): _____

Frugt (mængde, art, rå, tørret): _____

Nødder/frø: _____

Færdigretter/dybfrost osv. (tit, art): _____

Fast food (hyppighed, art osv.): _____

Alkohol (hvilke, mængde, temperatur osv.): _____

Euforiserende stoffer (før, nu): _____

Tobak (art, antal): _____

Er du tiltrukket af og indtager tit kold mad/drikke: _____

Er du tiltrukket af og indtager tit varm mad/drikke: _____

Falder du nemt tilbage i gamle og mere negative kostvaner ved stress eller bestemt klima-påvirkning (beskriv): _____

