**Frågeformulär 1 inför hälsoanalys SCIO**

Namn………………………………………………… Datum……………………………………...

Mail…………………………………………………... Telefon……………………………………..

Födelseland:………………………………………….. Födelsestad:…………………………….

***Obs! Om du är gravid eller om du har pacemaker så är rekommendationen att du inte ska behandlas med frekvensmedicinsk apparatur. Sätt ett kryss på raden som en bekräftelse på att du inte tillhör någon av ovanstående kategorier:\_\_\_\_\_\_\_***

Anledning till att du vill göra hälsoanalysen?

………………………………………………………………………………………………………..

*Svara så gått du kan på frågorna och utgå från hur det varit senaste 30 dagarna.*

Har du opererat bort något organ/dragit ut några tänder? NEJ JA Antal:…….

Äter du några mediciner? *(även ej receptbelagda)* NEJ JA Antal:…….

*Om ja, vilka mediciner:…………………………………………………………………………….......*

Använder du tobak? *(Röker, snusar, nikotin plåster m.m.)* NEJ JA Antal/dag:…..

Har du några amalgam fyllningar? NEJ JA Antal:…….

Har du några kända allergier? NEJ JA Antal:…….

*Om ja, vilka allergier?.................................................................................................................*

Hur många olösta mentala händelser har du som idag får dig INGA JA Antal:…….

att känna ilska, sorg, frustration, rädsla…

Jag är ansvarig för min kropp! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Inte alls Helt och hållet

Hur mycket fett äter du? *(Vanlig kost är ca 30%)* 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

 % %

Hur bedömer du dina matvanor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Mycket dåliga Mycket bra

Följer du någon speciell diet eller tänker på något speciellt kring kosten?

……………………………………………………………………………………………………….

På vilken nivå uppskattar du att din stress 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ligger på? Min Max

*Om du svarade 7 eller mer på frågan om stress, besvara även på nedanstående. Bedöm på samma skala (0 – 10) hur pass mycket respektive område är stressande för dig:*

* Inre stress:…..
* Jobb- eller skolstress:…..
* Dålig självkänsla eller dålig ekonomi:…..
* Stress på grund av sjukdom:…..
* Familjestress:…..
* Stress över önskan att saker och ting ska vara annorlunda:…..

*Ange även på nedanstående områden (skala 0 – 10) om de är symptom på stress för dig:*

* Problem med magen:…..
* Problem med svett:…..
* Problem med urin:…..
* Problem med slem:…..
* Problem med menstruation:…..
* Problem med andning:…..
* Problem med huden:…..
* Problem med sömn:…..
* Hur många gånger om dagen mediterar du eller använder någon annan stressreducerande teknik:….
* Hur många rotfyllningar har du gjort:…..

Hur sover du? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Mycket dåligt Mycket bra

*Hur många timmar per natt sover du?.......................................*

Hur många produkter äter eller dricker du som innehåller raffinerat socker och vete per dag?

*(En 1:a = något en gång på helgen.*  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Annars antal/dag)* Mycket sällan Mycket ofta

Hur många gånger i veckan tränar/rör du dig mer än 20 minuter/tillfälle så att du blir svettig?

*Vilken/vilka motionsformer utövar du?*  Antal:…….

*……………………………………………………………………………………………………………*

Hur mycket alkohol dricker du? Inget Antal glas/vecka:…….

Hur bedömer du dina alkoholvanor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Mycket dåliga Mycket bra

Hur mycket koffein får du i dig per dag? Inget Antal/dag:……. (*Koppar kaffe, svart te, koffeintabletter, energidrycker m.m.)*

Har du varit utsatt för strålning eller kemikalier genom behandling eller oavsiktligt senaste året? *(Tex röntgen, kemoterapi, strålning, starka kemikalier och bekämpningsmedel)* NEJ JA Antal:……

Har du skadat eller brutit något? Eller varit med om något större trauma i livet (emotionellt, psykiskt eller fysiskt)? *Ex benbrott, hjärnskakning, utbränd…* NEJ JA Antal:……

Har du haft någon rejäl infektion? NEJ JA Antal:……

*Om ja, vilka infektioner har du haft:………………………...………………………………………...*

*(Tex: borrelia, lunginflammation, körtelfeber, urinvägsinfektion)*

Hur mycket vatten dricker du per dag? Antal glas *(2 dl)*:…….

Anser du själv att du väger för mycket? I sådana fall hur många kilon. Antal kilon:…….

Hur upplever du din hälsa? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 Mycket dåligt Mycket bra

Har du några diagnostiserade sjukdomar? NEJ JA

*Om ja vilka:………………………………………………………………………………………………*

Vad finns det för sjukdomar i släkten?........................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Tar du några tillskott som vitaminer, mineraler, fettsyror etc.? NEJ JA

*Om ja vilka:………………………………………………………………………………………………*

Maila gärna frågeformuläret innan besöket till jenny@balancebylife.se