



Frågeformulär

För att kunna förbereda konsultationen ber jag dig
begrunda och fylla i frågor. Skriv gärna lite mer
utförligt på ett löst blad som du bifogar.

Minst en vecka före ditt inbokade besök önskar jag
få ditt formulär sänt till fax 08-87 72 31 eller via post
Inspira Praktiken, Rörstrandsgatan 42, 113 40 Stockholm
Besöksadress, portkoder, telefon osv. till Inspira-praktiken får du när du
bokat din tid för konsultation.

Självklart är alla uppgifter konfidentiella, vårt samtal
under konsultationen stannar mellan oss.

Tack för ditt förtroende.

Välkommen

Namn _____ Ålder _____ Vikt _____ Längd _____

Adress _____ Telefon _____

Vad besvärar dig?

När startade besvären?

Vad gör dig sämre?

Vad gör dig bättre?

Har någon annan i din familj liknande besvär? Ja Nej

Har du sökt någon läkare? Ja Nej

Har du sökt några alternativa terapeuter? Ja Nej Om ja, vad blev diagnosen?

Har du regelbundna vanor? Ja Nej

Ringa in det alternativ som stämmer bäst.

Lever du ensam? Sambo | Särbo | Gift | Barn

Hur är ditt blodtryck? Normalt | Högt | Lågt | Vet ej

Hur är dina kolesterolvärden? Bra | Höga | Vet ej

Är du yr? Ja | Nej När på dygnet _____

Hudens kondition? normal | torr | fet | akne | klåda | allergisk | torra eksem | fuktiga eksem | blek | blossande |
tål sol | tål inte sol

Annat problem med huden?

Hårets kvalitet? normalt torrt | fett | mjäll/svamp | håravfall | blond | mellan | mörkt

Naglarnas kondition? starka | sköra | skivlar sig

Äter/tuggar du? snabbt | lagom | långsamt

Äter du? regelbundet | oregelbundet | blandkost | vegetarisk kost | vegankost

Hur många gånger i veckan äter du ute?

Tål du all mat? Ja | nej

Mår du sämre av: frukt | grönsaker | stekt mat | fet mat | säd | mjölkprodukter | annat:

Besväras du av: gaser | svullnad i mellangärdet | illamående | trötthet efter mat | annat:

Hur ofta tömmer du tarmen?

Hur ser avföringen ut? brun | gul | grå | grön | blodig | hård | lös | porös | flytande
korvform | harpluttar | fimpliknande puré

Hur ser din urin ut? ljusgul | mörkgul | gulbrun/skummande | mjölkaktig | mörkbrun | annat:

Hur doftar din urin? doftlös | svag doft | stark doft | illa

Är det skillnad på morgonurinen och annan?

Hur mycket vatten dricker du per dag?

Hur mycket annat?

Brukar du vara törstig? Ja | nej

Besväras du av: trötthet i ländryggen | ögonklåda | dimsyn |

Svullnad om ja var och när?

allergi / astma:

Blir du lätt infekterad? om ja, var?

Har du ofta huvudvärk? om ja, var? nacke | panna | tinningar | vänster sida | höger sida
när _____ annat _____

Känner du dig: varm | kall

Känner du dig: trång i halsen | beröringskänslig runt halsen

Röker du: ja nej ibland _____

Ökar du lätt i vikt? ja | nej | ibland _____

Motionerar du? om ja, hur? _____

Sover du bra? ja | svårt att somna | vaknar på natten kl _____

Äter du några mediciner nu? om ja, vilka _____

Är du tillfreds med ditt liv?

Om nej, vad vill du ändra på?

Övrigt?

<p>För kvinnor</p> <p>Hur är din menstruation? Hur många dagar blöder du? Hur många dagar har du mellan blödningarna? Är du? Använder du? Har du hårväxt som generar dig? Är du gravid?</p>	<p>sparsam riklig smärtsam</p> <p>före efter i klimakteriet</p> <p>P-piller P-spruta</p> <p>Nej Ja</p> <p>Nej ja</p>
<p>För män</p> <p>Har du några problem vid urinering? Har du en tryckkänsla i underlivet? Besvärar du av akuta smärtor i ländryggen? Har du humörsvängningar?</p>	<p>Nej Ja</p> <p>Nej Ja</p> <p>Nej Ja</p> <p>Nej Ja</p>

Bifoga gärna ett löst blad via post, där du skriver lite mer utförligt runt dina besvär

Tack.

• Avtalad tid som avbokas senare än 24 timmar före konsultationen debiteras •