Terapeut: _____

IFM-KLINIKEN FALUN

Avgiftningsbehov - FAB

Namn: _____ **Personnummer:** _____ **Datum:** _____

Gradera vart och ett av de följande symtomen baserat på de senaste 30 dagarna enligt följande poängskala:
0 = Har aldrig eller sällan haft symtomen
1 = Har haft tillfälliga, lindriga symtom
2 = Har haft tillfälliga, svåra symtom
3 = Har haft regelbundna, lindriga symtom
4 = Har haft regelbundna, svåra symtom
Där det finns fler alternativ, stryk under det som stämmer bäst.

Räkna ihop varje grupp för att få en delsumma, lägg sedan ihop delsummorna till en slutsumma. Om någon delsumma visar mer än 10 poäng eller om slutsumman är över 50 poäng kan du ha behov av att genomgå ett avgiftningsprogram. Din terapuet kan med utgångspunkt från dina testresultat skräddarsy ett kosttillskottprogram och vägleda dig genom ett effektivt och vetenskapligt beprövat avgiftningsprogram. Terapueten hjälper dig dessutom med ett individuellt utformat återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.

Energi/aktivitet
__ trötthet, lathet
__ passivitet, apati
__ hyperaktivitet
__ rastlöshet
Summa __

Hjärna
__ dåligt minne
__ förvirring, dålig fattningsförmåga
__ dålig koncentrationsförmåga
__ dålig fysisk koordination
__ svårighet att fatta beslut
__ stammning
__ otydligt tal
__ inlärningsproblem
Summa __

Hjärta
__ oregelbundna eller missade hjärtslag
__ snabba eller dunkande hjärtslag
__ bröstsmärta
Summa __

Hud
__ akne
__ utslag, eksem, torr hud, klåda
__ håravfall
__ rodnader, svallningar
__ överdriven svettning
Summa __

Huvud
__ huvudvärk
__ matthet
__ yrsel
__ sömnrubbningar
Summa __

Känslor
__ humörsvängningar
__ oro, rädsla, nevositet
__ ilska, irritation, aggressivitet
__ nedstämdhet, depression
Summa __

Leder och muskler
__ smärta eller värk i leder
__ ledinflammation, artrit
__ stelhet eller begränsad rörelse-förmåga
__ smärta eller värk i muskler
__ känsla av svaghet eller trötthet
Summa __

Lungor
__ slembildning
__ astma, bronkit
__ andnöd
__ andningssvårigheter
Summa __

Matsmältning
__ illamående, kräkningar
__ diarré, lös avföring
__ förstoppning
__ känsla av uppsvälldhet
__ rapningar, gaser
__ halsbränna
__ tarm-/magont
Summa __

Mun/hals
__ hosta
__ kväljningar, ofta behov av att harkla dig
__ ont i halsen, heshet, svårighet att prata
__ svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar
Summa __

Näsa
__ nästäppa
__ bihåleproblem
__ hösnuva
__ nysattacker
__ överdriven slembildning
Summa __

Vikt
__ överdrivet ätande och/eller drickande
__ begär efter särskild mat
__ övervikt
__ tvångsätande
__ vätskekvarhållning
__ undervikt
Summa __

Ögon
__ vattniga eller kliande ögon
__ svullna, röda eller klibbiga ögonlock
__ påsar eller mörka ringar under ögonen
__ suddig syn eller tunnelseende
Summa __

Öron
__ kliande öron
__ smärtande öron, öroninflamation
__ rinnande öron
__ ringningar i öronen, dålig hörsel
Summa __

Övrigt
__ behov av att urinera ofta
__ underlivsklåda/-utsöndring, analklåda
__ _____
__ _____
Summa __

Totalsumma ____

Copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Roxnäsvägen 4, 791 44 Falun. Tel 023-70 52 50 Fax 023-70 52 58 e-post info@falun.ifm-klinik.nu www.ifm-klinik.nu

Motionsvanor: **gradera / sätt X**

Konditionsträning 0 ——— 10

Styrketräning 0 ——— 10

Flexibilitetsträning 0 ——— 10
ex. stretching, Yoga, Tai Chi,
Body Balance

Själslig hälsa 0 ——— 10

copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Terapeut: _____

IFM-KLINIKEN FALUN

Behandlingsvillkor – FBV

Hälsa är ett naturligt tillstånd som innebär någonting mera än frihet från besvärande symtom – det är ett vitalt och harmoniskt tillstånd, som ger oss energi, ork och livsglädje.

En god hälsa innebär också ökad motståndskraft mot stress, infektioner etc. och medför dessutom en snabbare återhämtning från en tillfällig nedgång. Vår målsättning vid IFM Falun är att de som söker oss inte bara ska bli friska utan också uppnå hälsa i ett vidare begrepp.

IFM står för Integrerad FunktionsMedicin, vilket representerar ett nytt synsätt inom medicinen, ett synsätt som omfattas av allt fler skolmedicinska läkare såväl som alternativmedicinare. Ett synsätt som har framtiden för sig!

Behandlingsvillkor

Enligt bestämmelser i Lag(1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 4 kap. Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, behandlar vi inte följande: barn under 8 år, gravida kvinnor, cancer, diabetes, smittsamma sjukdomar med anmälningsplikt och epilepsi.
Vi rekommenderar naturmedicinsk vård som ett komplement till sjukvården, inte som ersättning. Vårt mål är att du ska uppnå din optimala hälsa. För att nå detta mål balanserar vi upp kroppens energi och näringsstatus.

Tystnadsplikt

Enligt Lag(1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 8§, gäller tystnadsplikt för all personal inom området. Tystnadsplikten kan brytas efter tillstånd från patienten.

För att uppnå ett maximalt resultat vid behandling inom IFM bör en aktiv dialog föras mellan klinikens terapeuter och läkare, med den konsulterande personen i centrum. Med anledning härav kan det vara nödvändigt att tystnadsplikten bryts, när så är nödvändigt, för samarbetet såväl inom som utom IFM-kliniken.

Jag har tagit del av och förstått såväl ovanstående som innehållet i informationsbladet ”Behandlings-villkor” och godkänner härmed att tystnadsplikten bryts där så är nödvändigt för min behandling.

I följande fall tillåter jag att tystnadsplikten bryts: _____

_____

Jag förstår och accepterar dessa villkor

Namnteckning _____ Datum _____

Namn _____ Personnummer _____

Adress _____ Yrke _____

Ort _____ Tel _____ Mobil _____

E-post _____

Copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Roxnäsvägen 4, 791 44 Falun. Tel 023-70 52 50 Fax 023-70 52 58 e-post info@falun.ifm-klinik.nu www.ifm-klinik.nu

copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Terapeut: _____

IFM-KLINIKEN FALUN

Födoämnesjournal - FFJ

Namn: _____ **Personnummer:** _____ **Datum:** _____

Skriv upp all mat och dryck som du konsumerar under de kommande tre dagarna. Beskriv vad som ingår i respektive måltid såväl till innehåll som till portionsstorlek. Mängderna kan vara ungefärliga t.ex. glas, skiva av bröd men kan du ange noggrannare t.ex. gram, dl, tesked etc. är det bra. Äter du samma sak mer än en gång under en dag så ange totala mängden exvis. om du äter en banan på förmiddagen och en på eftermiddagen så ange ”två bananer”. Ange också om maten är rå eller tillagad. Markera dessutom om det du äter är normalt (N), ovanligt (O), säsongsbetonat, vinter (V), sommar (S), mat som nyligen införlivats i din diet (I), ordinerad av läkare (L) eller beroende på allergi eller överkänslighet (A).

Dag 1

Beskrivning	Mängd	Mark.
Frukost		
Lunch		
Middag		
Mellanmål		
Vatten		

Mellanmål		
Vatten		

Dag 2

Beskrivning	Mängd	Mark.
Frukost		
Lunch		
Middag		

Dag 3

Beskrivning	Mängd	Mark.
Frukost		
Lunch		
Middag		
Mellanmål		
Vatten		

Om du har förändrat dina matvanor på något större sätt under de senaste tre månaderna beskriv dina tidigare måltider på nästa sida.

Copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Roxnäsvägen 4, 791 44 Falun. Tel 023-70 52 50 Fax 023-70 52 58 e-post info@falun.ifm-klinik.nu www.ifm-klinik.nu

Ja, jag har gjort stora förändringar på mina matvanor nyligen.
Tidigare typisk mat under en dag:

Beskrivning	Mängd	Mark.
Frukost		
Lunch		
Middag		
Mellanmål		
Vatten		

Dessa matvaror har jag helt slutat med:

Övriga upplysningar:

Dietanalys, ifylles av behandlande personal

högt	lågt	intag	högt	lågt	intag	högt	lågt	intag
__	__	Protein	__	__	Syrabildandande mat	__	__	Vitaminer
__	__	Socker	__	__	Alkalisk mat	__	__	Mineraler
__	__	Stärkelse	__	__	Sallad, grönsaker, råkost	__	__	Enzymer
__	__	Transfettsyror	__	__	Lättkokt mat	__	__	Spårämnen
__	__	Omega 3 oljor	__	__	Överkokt mat	__	__	Frukt
__	__	Omega 6 oljor	__	__	Näringsfattig mat	__	__	Vatten
__	__	Omega 9 oljor	__	__	Storlek på matintag	__	__	Läskedryck
__	__	Bröd/säd	__	__	Variation på maten	__	__	Kaffe

copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Terapeut: _____

IFM-KLINIKEN FALUN

Hälsostatus - FHS

Namn: _____ **Personnummer:** _____ **Datum:** _____

Poängsätt kända sjukdomar/besvär: 3 = svåra nuvarande besvär, 2 = lätta nuvarande besvär, 1 = tidigare besvär.

___ Akne
___ Alkohol- / drog-/ tobaksanvändning
___ Allergi: _ mat, _miljö
___ Alzheimers sjukdom
___ Amalgamförgiftning/besvär
___ Amalgam - har sanerat
___ Amalgam - har ej sanerat
___ Anemi (blodbrist)
___ Angina Pektoris (kärlkramp)
___ Anorexia nervosa / Bulimi
___ Arterioskleros (åderförkalkning)
___ Astma / Bronkit
___ Autism
___ Bensår
___ Bett- / Käkbesvär (spänningar)
___ Bihåleinflammation
___ Brösttumör / Bröstsvulst
___ Bursit (slemsäcksinflammation)
___ Cancer
___ Candida albicans
___ Cirkulation (dålig)
___ Cystisk fibros
___ Depression, nedstämdhet
___ Dermatit (hudinflammation)
___ Diabetes (sockersjuka)
___ Diarré
___ Divertikulos (tarmfickor)
___ Eksem
___ Emfysem
___ Epilepsi (krampanfall)
___ Fibromyalgi
___ Frakturer (anteckna var nedan)
___ Förkylningar - ofta
___ Förstoppning
___ Gallsten
___ Gikt

___ Grå starr
___ Grön starr
___ Halsfluss
___ Hemorrojder
___ Herpes
___ HIV-positiv
___ Hjärnblödning
___ Hjärtbesvär
  ___ hjärtinfarkt
  ___ hög puls (Takykardi)
  ___ låg puls (Bradykardi)
  ___ oregelbunden puls (Arrhytmia cordia)
___ Huvudvärk
___ Hyperkolesterolemi (högt kolesterol)
___ Hypertoni (högt blodtryck)
___ Hypotoni (lågt blodtryck)
___ Hypoglykemi (lågt blodsocker)
___ Håravfall / nagelskörhet
___ Impotens
___ Inkontinensbesvär
___ Inlärningssvårigheter
___ Kolon irritabel
___ Kronisk trötthetssyndrom
___ Ledgångsreumatism / -besvär
___ Magkatarr
___ Magsår
___ Mensbesvär
  ___ flytningar
  ___ PMS (premenstruella besvär)
  ___ riklig mens (menorragi)
  ___ smärtsam mens (dysmenorré)
  ___ trög / oregelbunden (amenorré)
  ___ utebliven mens (före 45 år)
  ___ övergångssymptom (menopaus)
___ Metallsyndrom (oral galvanism)
___ Migrän
___ Morbus Crohn

___ Multipel skleros (MS)
___ Nefrit (njurinflammation)
___ Nervös, labil
___ Neuralgi (nervsmärta)
___ Njursten/njurbesvär
___ Osteoporos (benskörhet)
___ Parkinsons
___ Prostatabesvär
___ Psoriasis
___ Reumatiska besvär
___ Rygg-, nackvärk, ischias
___ Sköldkörtelfunktion onormal
  ___ hög (hypertyreoidism)
  ___ låg (hypotyreoidism)
___ SLE (lupus, reumatisk sjukdom)
___ Sterilitet
___ Stress
___ Sårläkning dålig
___ Sömnbesvär
___ Tandrots- / gombesvär
___ Tendinit (inflammation i sena)
___ Tromboflebit
___ Trötthet / utmattning / utbrändhet
___ Tumör (godartad)
___ Ulcerös kolit
___ Urinvägsinfektion
___ Yrsel
___ Åderbråck
___ Ödem
___ Ögonbesvär
___ Öronsusningar
___ Övervikt
Annan konstaterad sjukdom:

___ Jag har god hälsa och känner mig frisk och vital

Mina fem svåraste besvär: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____ 5. _____

Jag tar följande läkemedel regelbundet (sedan år):

Läkarkontakt:

Jag tar följande kosttillskott regelbundet:

Kost:
__ Husmanskost
__ Husmans-/hälsokost
__ Vegetarisk
__ Vegan
__ Allergi: _____
_____
_____
_____

Alt behandlingar:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Alt terapeut: _____
_____
_____

Copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

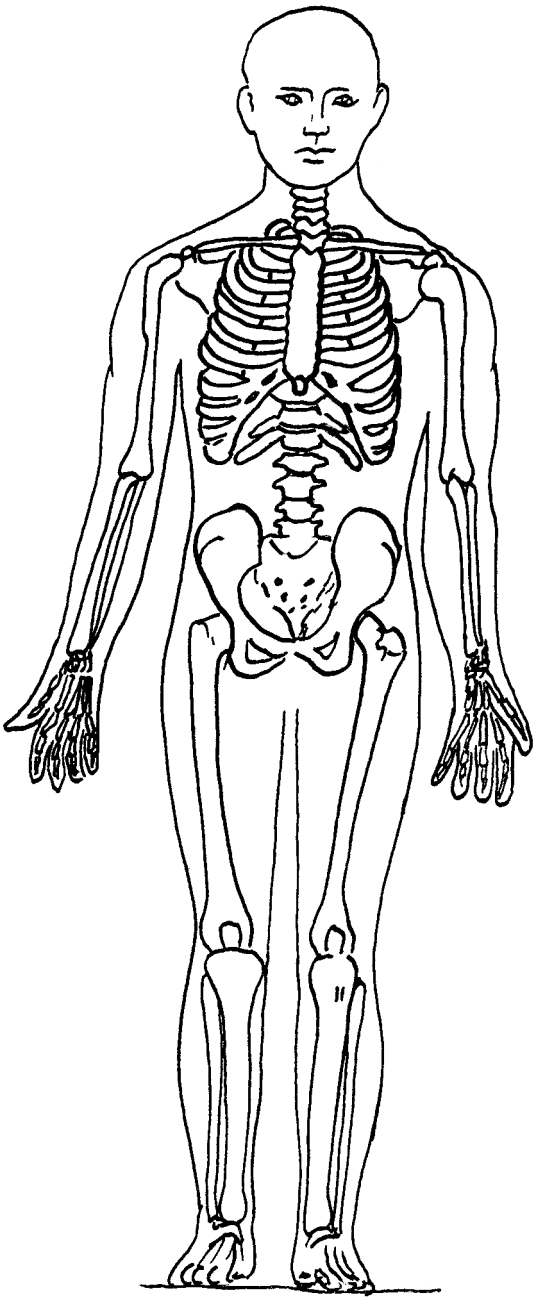
Roxnäsvägen 4, 791 44 Falun. Tel 023-70 52 50 Fax 023-70 52 58 e-post info@falun.ifm-klinik.nu www.ifm-klinik.nu

vänd!

Markera alla skador, operationer, ärr, utdrag av tänder med X.
Markera och gradera ömma punkter med en pil och 1, 2 eller 3 (1 = tidigare besvär, 2 = lätta besvär, 3 = svåra besvär)

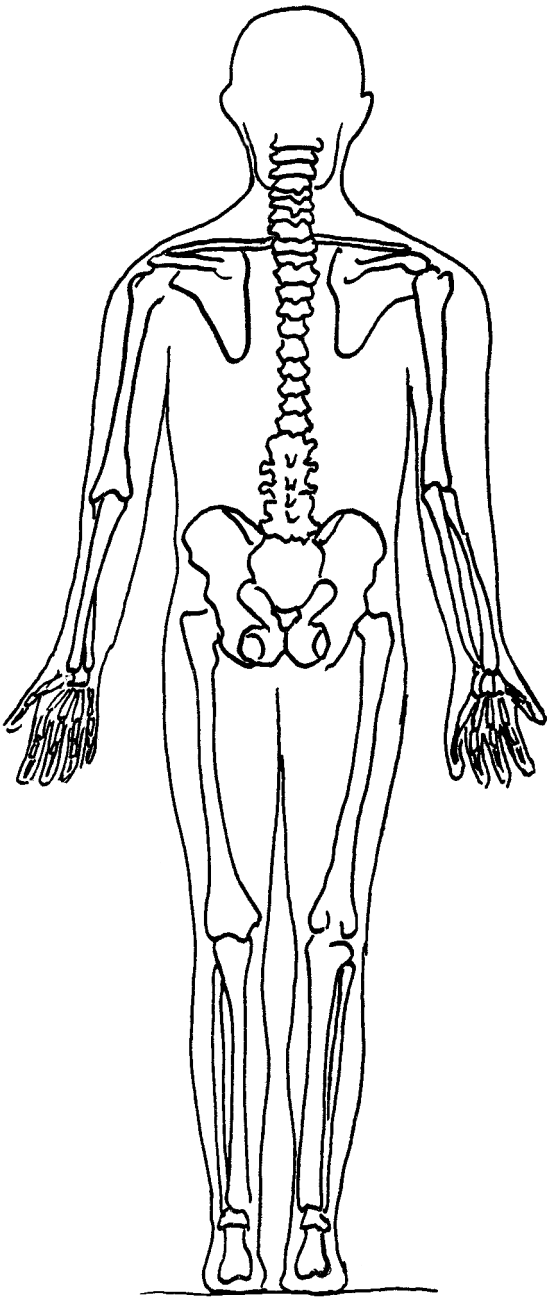
Fram

Din högra sida **Din vänstra sida**



Bak

Din vänstra sida **Din högra sida**



Besvär/sjukdomar hos nära släktingar:
M=På mammas sida, P=på pappas sida, S=syskon

Vikt: _____ _____ _____

Längd: _____ _____ _____

Blodtryck: _____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Terapeut: _____

IFM-KLINIKEN FALUN

Sjukdomshistoria - FSH

Namn: _____ **Personnummer:** _____ **Datum:** _____

Vad söker Du för? _____

_____

Nuvarande kosttillskott/ läkemedel inkl. preventivmedel _____

_____

Hjärta:	__ extraslag, __ sjukdomar i hjärtat	__ bultande hjärta,	__ hjärtklappning,	__ oregelbundenhet,
Magsäck:	__ illamående, __ magsår,	__ uppstötningar,	__ rapningar, __ halsbränna,	__ magkatarr, __ sveda, __obehag
Tarm:	__ sår, __ förstoppning,	__ gaser, __ diarré,	__ uppkördhet, __ blod i avföringen,	__ kramp, __ klåda i ändtarm
Avföring: Konsistens:	__ hård, __ kladdig, Färg: _____	__ mjuk, __varierar starkt Hur ofta har du avföring? _____	__ lös,	__vattnig,
Galla: vid fet mat:	__ smärta, __ illamående, __ smärta vid gallan	__ problem, __ huvudvärk,	__ obehag __ diarré,	__ sjukdomskänsla,
Lever:	__ problem,	__ gul hud/ögonvita,	__ testvärden,	__ hepatit

Matöverkänslighet: _ _____

mat du undviker:_ _____

Huvud:	__ yr	__ svimfärdig		
Prostata:	__ förstorad	__ långsam urinering	__ efterdropp	__ svag stråle
Mens:	__ lång __ obefintlig mens	__ kort __ preventivmedel	__ smärtsam __ klimakteriebesvär	__ oregelbunden __ PMS-besvär
Leder:	__ stelhet __ inflammation	__ smärta __ förslitningar	__ nedsatt rörlighet	__ svullna
Muskler:	__ smärta __ spända muskler	__ svullnad	__ stelhet	__ kramp
Lungor:	__ bronkit	__ astma	__ rökning	__ miljöpåverkan
Njurar:	__ kissa på natten __ stark törst	__ kissa ofta	__ kända problem	__ ryggsmärtor
Öron, Näsa, Hals:	__ infektioner __ klåda	__ sår __ hörselproblem	__ slembildning	__ torra slemhinnor

Copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB

Roxnäsvägen 4, 791 44 Falun. Tel 023-70 52 50 Fax 023-70 52 58 e-post info@falun.ifm-klinik.nu www.ifm-klinik.nu

Ögon: __ nedsatt syn __klåda __kladdiga ögon __ dåligt mörker-seende
__ glasögon/ linser

Immunförsvar: __ förkylning __ influensa __ maginfektioner
__hur ofta blir du sjuk?_____

Tidigare antibiotikakurer: _____

Huvudvärk: __varje vecka __ varje månad __ intensitet __ samband med mat
__ förkylning __ stress __ sömnbrist

Hudproblem: __ eksem __ klåda __ acne __ utslag
__ rodnad __ överdriven svettning __ torr hud __ fjällande hud/ hårbotten

Dricksvatten: __ egen brunn __ kommunalt vatten __vattenrenare __ källvatten

Kostvanor: __ regelbundna __ oregelbundna __ stressiga __ äter mest fär-diglagat
__ äter mest halvfabrikat __ äter mest hemlagat
__ frukt antal/dag _____ __ grönsaker dl/dag _____

Motionsvanor: __ hur ofta _____ vilken typ av motion _____

Stressig tillvaro: __ arbetsplatsen __ hemma __ inre stress __ stressande trauman

Familjen: __ trygg __ stöd __ oroligt __ konflikter

Arbete/studier: __ trivsel __ stöd __ konflikter __ yrke
__ risker

Blodtryck: __ högt _____ __ lågt _____

Kolesterol: __ högt _____ __ lågt _____

Tidigare operationer: _____
_____

Sömn: __ somnar men vaknar __ svårt att somna __vaknar för tidigt __ sover för lätt
__ sover för djupt __ för lite __ för mycket

Vikt: __ övervikt __ undervikt __ tvångsätande __ matmissbruk
__ begär efter viss mat

Sinne: __ koncentrationssvårighet __ minne __ inlärning
__ svårt fatta beslut __ koordination

Känslor: __ humörsvägningar __ ångest __ rädsla __ nervositet
__ irritation __ depression __ nedstämdhet

Övrigt:

Kroppstyp:_ _____ Iris: _____

copyright© IFM HEALTH SYSTEMS AB