

Terapeut: _____

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 terapeut kan med utgångspunkt från dina testresultat skraddarsy ett kosttillskottsprogram och vägleda dig genom ett effektivt och vetenskapligt beprövat avgiftningsprogram. Terapeuten hjälper dig dessutom med ett individuellt utformat återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.

Energi/aktivitet

- trötthet, lathet
- passivitet, apati
- hyperaktivitet
- rastlöshet

Summa ____

Känslor

- humörsvängningar
- oro, rädsla, nevositet
- ilska, irritation, aggressivitet
- nedstämdhet, depression

Summa ____

Näsa

- nästäppa
- bihåleproblem
- hösnuva
- nys attacker
- överdriven slembildning

Summa ____

Hjärna

- dåligt minne
- förvirring, dålig fattningsförmåga
- dålig koncentrationsförmåga
- dålig fysisk koordination
- svårighet att fatta beslut
- stamning
- otydligt tal
- inlärningsproblem

Summa ____

Leder och muskler

- smärta eller värk i leder
- ledinflammation, artrit
- stelhet eller begränsad rörelseförmåga
- smärta eller värk i muskler
- känsla av svaghet eller trötthet

Summa ____

Vikt

- överdrivet ätande och/eller drickande
- begär efter särskild mat
- övervikt
- tvångsätande
- vätskevarhållning
- undervikt

Summa ____

Hjärta

- oregelbundna eller missade hjärtslag
- snabba eller dunkande hjärtslag
- bröstsmärta

Summa ____

Lungor

- slembildning
- astma, bronkit
- andnöd
- andningssvårigheter

Summa ____

Ögon

- vattniga eller kliande ögon
- svullna, röda eller klubbiga ögonlock
- påsar eller mörka ringar under ögonen
- suddig syn eller tunnelseende

Summa ____

Hud

- akne
- utslag, eksem, torr hud, klåda
- håravfall
- rodnader, svullningar
- överdriven svettning

Summa ____

Matsmältning

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

Summa ____

Öron

- kliande öron
- smärtande öron, öroninflammation
- rinnande öron
- ringningar i öronen, dålig hörsel

Summa ____

Huvud

- huvudvärk
- matthet
- yrsel
- sömnrubbingar

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 ____

Övrigt

- behov av att urinera ofta
- underlivsklåda/-utsöndring, analklåda

Summa ____

Totalsumma ____

Motionsvanor:

gradera / sätt X

Konditionsträning	0		10
Styrketräning	0		10
Flexibilitetsträning ex. stretching, Yoga, Tai Chi, Body Balance	0		10
Själslig hälsa	0		10