

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. Teraputen 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
- nysattacker
- 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 stickande 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

Terapeut: _____

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 _____

Terapeut: _____

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		

Dag 2

Beskrivning	Mängd	Mark.
Frukost		
Lunch		
Middag		

Mellanmål		
Vatten		

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.

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	—	—	Syrabildande 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

Terapeut: _____

Hälsostatus - FHS

Namn: _____ Personnummer: _____ Datum: _____

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Grå starr | <input type="checkbox"/> Multipel skleros (MS) |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- / drog-
tobaksanvändning | <input type="checkbox"/> Grön starr | <input type="checkbox"/> Nefrit (njurinflammation) |
| <input type="checkbox"/> Allergi: _ mat, _ miljö | <input type="checkbox"/> Halsfluss | <input type="checkbox"/> Nervös, labil |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers sjukdom | <input type="checkbox"/> Hemorrojder | <input type="checkbox"/> Neuralgi (nervsmärta) |
| <input type="checkbox"/> Amalgamförgiftning/besvär | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Njursten/njurbesvär |
| <input type="checkbox"/> Amalgam - har sanerat | <input type="checkbox"/> HIV-positiv | <input type="checkbox"/> Osteoporos (benskörhet) |
| <input type="checkbox"/> Amalgam - har ej sanerat | <input type="checkbox"/> Hjärnblödning | <input type="checkbox"/> Parkinsons |
| <input type="checkbox"/> Anemi (blodbrist) | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär | <input type="checkbox"/> Prostatabesvär |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (kärlkramp) | <input type="checkbox"/> hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa / Bulimi | <input type="checkbox"/> hög puls (Takykardi) | <input type="checkbox"/> Reumatiska besvär |
| <input type="checkbox"/> Arterioskleros (åderförkalkning) | <input type="checkbox"/> låg puls (Bradykardi) | <input type="checkbox"/> Rygg-, nackvärk, ischias |
| <input type="checkbox"/> Astma / Bronkit | <input type="checkbox"/> oregelbunden puls (Arrhythmia cordia) | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelfunktion onormal |
| <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> hög (hypertyreoidism) |
| <input type="checkbox"/> Bensår | <input type="checkbox"/> Hyperkolesterolemi (högt kolesterol) | <input type="checkbox"/> låg (hypotyroidism) |
| <input type="checkbox"/> Bett- / Käkbesvär (spänningar) | <input type="checkbox"/> Hypertoni (högt blodtryck) | <input type="checkbox"/> SLE (lupus, reumatisk sjukdom) |
| <input type="checkbox"/> Bihåleinflammation | <input type="checkbox"/> Hypotoni (lågt blodtryck) | <input type="checkbox"/> Sterilitet |
| <input type="checkbox"/> Brösttumör / Bröstsvulst | <input type="checkbox"/> Hypoglykemi (lågt blodsocker) | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Bursit (slemsäcksinflammation) | <input type="checkbox"/> Håravfall / nagelskörhet | <input type="checkbox"/> Sårhäkning dålig |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Impotens | <input type="checkbox"/> Sömnbesvär |
| <input type="checkbox"/> Candida albicans | <input type="checkbox"/> Inkontinensbesvär | <input type="checkbox"/> Tandrots- / gombesvär |
| <input type="checkbox"/> Cirkulation (dålig) | <input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter | <input type="checkbox"/> Tendinit (inflammation i sena) |
| <input type="checkbox"/> Cystisk fibros | <input type="checkbox"/> Kolon irritabel | <input type="checkbox"/> Tromboflebit |
| <input type="checkbox"/> Depression, nedstämdhet | <input type="checkbox"/> Kronisk trötthetssyndrom | <input type="checkbox"/> Trötthet / utmattning / utbrändhet |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis (hudinflammation) | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism / -besvär | <input type="checkbox"/> Tumör (godartad) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> Magkatarr | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit |
| <input type="checkbox"/> Diarré | <input type="checkbox"/> Magsår | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion |
| <input type="checkbox"/> Divertikulos (tarmfickor) | <input type="checkbox"/> Mensbesvär | <input type="checkbox"/> Yrsel |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> flytningar | <input type="checkbox"/> Åderbräck |
| <input type="checkbox"/> Emfysem | <input type="checkbox"/> PMS (premenstruella besvär) | <input type="checkbox"/> Ödem |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi (krampanfall) | <input type="checkbox"/> riklig mens (menorragi) | <input type="checkbox"/> Ögonbesvär |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgi | <input type="checkbox"/> smärtsam mens (dysmenorré) | <input type="checkbox"/> Öronsusningar |
| <input type="checkbox"/> Frakturer (anteckna var
nedan) | <input type="checkbox"/> trög / oregelbunden (amenorré) | <input type="checkbox"/> Övervikt |
| <input type="checkbox"/> Förkyllningar - ofta | <input type="checkbox"/> utebliven mens (före 45 år) | <input type="checkbox"/> Annan konstaterad sjukdom: |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning | <input type="checkbox"/> utgående symptom (menopaus) | <input type="checkbox"/> Jag har god hälsa och känner mig
frisk och vital |
| <input type="checkbox"/> Gallsten | <input type="checkbox"/> Metallsyndrom (oral galvanism) | |
| <input type="checkbox"/> Gikt | <input type="checkbox"/> Migrän | |
| | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | |

Mina fem svåraste besvär: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____ 5. _____

Jag tar följande läkemedel regelbundet (sedan år):

Kost:

Alt behandlingar:

- Husmanskost
 Husmans-/hälsokost
 Vegetarisk
 Vegan
 Allergi: _____

Läkarkontakt:

Jag tar följande kosttillskott regelbundet:

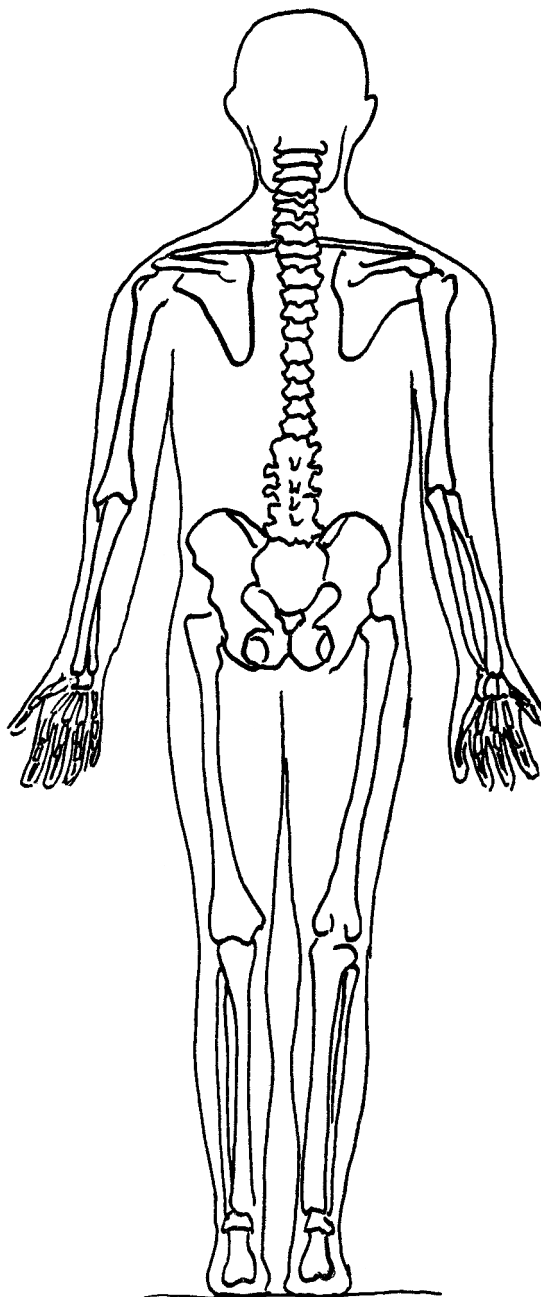
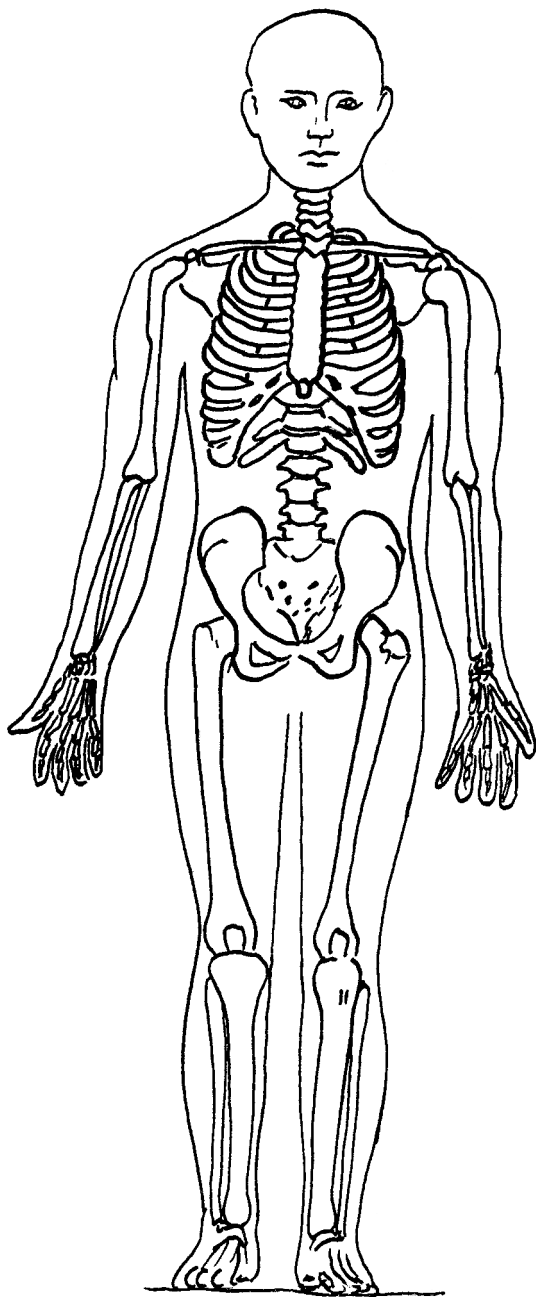
Alt terapeut:

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: _____
