

# Hälsodeklaration

(Räkna med att det kan ta några dagar att fylla i denna, se bland annat fråga 22)

För att du ska få så bra som möjligt är denna hälsodeklaration till stor hjälp i mitt arbete, svara därför tydligt, men mycket kortfattat på frågorna.

Skriv för hand med penna (ej dator) med normal textstorlek och anpassa mängden information efter det tillåtna utrymmet så det inte blir för mycket text.

Stryk under eller ringa in de alternativ som passar bäst in där det är möjligt i stället för att skriva.

Vänligen ändra inte layouten på detta formulär då det gör det svårare för mig att hitta i det.

Sist men inte minst...

Varmt välkommen!

1. Dessa är de 5 främsta skälen till att jag söker hjälp? Numrera dem så att 1 är viktigast och 5 är minst viktig:

1)

---

2)

---

3)

---

4)

---

5)

---

2. Dessa åtgärder har jag gjort hittills för att bli av med mitt/mina problem?

---

---

3. Jag har en smittsam sjukdom: JA / NEJ. Om ja, ange vilken/vilka?

---

4. TIDIGARE VACCINATIONER (injektioner) ange år och typ:

---

---

5. LÄKEMEDELSINTAG INKL. PREVENTIVMEDEL: Om betydande intag långt bak i tiden. Nyligen eller nuvarande. Använd separat papper om utrymmet inte räcker till:

---

---

6. NUVARANDE KOSTTILLSKOTT: Ange namn, ange dosering, ange fabrikat. Använd separat papper om utrymmet inte räcker till:

---

---

7. HUVUD: Yrsel, svimfärdig, matt, dimmig, huvudvärk, migrän. Ange om det finns samband med menscykel, nacke, stress, matintag etc.

---

8. ÖGON: syn, klåda, slembildning, torra slemhinnor, irriterade ögon, infektioner, nedsatt mörkerseende, glasögon, linser.

---

9. ÖRON, NÅSA, HALS: Slembildning, torra slemhinnor, irriterade slemhinnor, nedsatt hörsel, tinnitus, sår, infektioner.

---

10. MUN: Muntorrhet, blödningar, ont i tungan, sprickor på tungan, beläggning, tandavtryck på tungan, blåsor i munnen.

---

11. TÄNDER: Amalgamfyllningar (nuvarande/tidigare), guld, titan, komposit, rotfyllningar, tandlossning, infektioner, inflammation, mycket bildning av karies eller tandsten.

---

12. Jag har sanerat mina tänder hos en saneringstandläkare med extra skydd och med förebyggande näringsmässigt stöd och eftervård:  
JA / NEJ Ange årtal \_\_\_\_\_

13. FLUOR: Jag använder fluortabletter, munvatten med fluor, fluortandkräm, fluortuggummi flera gånger i veckan: Stryk under vilket/vilka.

---

14. GALLA: Kända problem, operation, obehag av fet mat (om JA, ge exempel på sådan mat), svårt att gå upp/ned i vikt.  
Ofta gul/grön/grå/flytande avföring.

---

15. MAGSÄCK: Diagnoser, magkatarr, illamående, smärtor vid solarplexus/högt upp i magen, rapningar, sura uppstötningar, halsbränna.

---

16. TARM: Diagnoser, gaser, uppkördhet, kramp, förstoppning, diarré, blod, klåda vid ändtarmen, inkontinens, hemorrojder.

---

17. Min avföring är oftast: Hård, mjuk = normal, lös, rinnande, grötaktig, slemmig, kladdig.

18. Jag ser ofta osmält mat i avföringen: JA / NEJ

19. Min avföring är oftast: Svart, mörkbrun, mellanbrun (= normal), ljusbrun, gulaktig, orangeaktig, grönaktig, gråaktig, vitaktig.

20. Jag har avföring ca \_\_\_\_\_ gånger per dag/vecka.

21. SKÖLDKÖRTEL: Diagnoser, egna misstankar, låg kroppstemperatur (se separat formulär) frusenhet, obefogad viktökning, trötthet, torr hud, håravfall, känsla av att tarmen står stilla, hjärtklappning, ökad slembildning, fibromyalgi, högt kolesterol, förstoppning.

---

22. Ta tempen under armen direkt vid uppvaknandet när du ännu ligger kvar i sängen. Låt termometern sitta kvar i 10 minuter, även om den piper långt innan dess. Skriv upp värdet på termometern, utan att lägga till något. Upprepa detta 4 – 5 morgnar i rad om möjligt (eller de dagar du hinner ta tempen innan vår konsultation).

---

23. BINJURAR: Diagnoser, utmattningsdepression, utmattning, ångest, tryck över bröstet, hjärtrusning, högt/lågt blodtryck, känsla av att vara överhettad, vallningar, pigmentförändringar i huden, bukfetma, blodsockerfall, återkommande inflammationer, får lätt infektioner när jag tränar.

---

24. IMMUNFÖRSVAR: Jag är sällan sjuk, jag känner mig ofta hängnig men det bryter inte ut, jag är ofta sjuk, jag får oftast samma typ av infektioner (ange i så fall vilken typ), jag får inte feber när jag blir sjuk
- 
25. ANTIBIOTIKAKURER: Antal sista året. Har du haft någon period i livet när du fått många antibiotikakurer? När och varför?
- 
26. ANDNING/LUFTVÄGAR: Astma, allergier, bronkit, krupp, återkommande hosta, rökning, kortandad, gäspas ofta, suckar ofta, känner mig spänd, röker, har rökt tidigare, rökande föräldrar, passiv rökning.
- 
27. URINVÄGAR/NJURAR: Diagnoser, infektioner, kissar oftast på natten, smärta vid ländryggen, täta trängningar, inkontinens, sveda.
- 
28. HÅR: Livlöst, onormalt håravfall, kala fläckar, för tidigt/plötsligt grånande.
- 
29. HUD: Diagnoser, eksem, psoriasis, rosacea, klåda, acne, utslag, rodnad, svamp, överdriven svettning, lätt få blåmärken, brustna kärl.
- 
30. CIRKULATION: Diagnoser, kalla händer/fötter, kärlkramp, händer/fötter domnar/somnar lätt, får lätt mjölksyra.
- 
31. HJÄRTA: Diagnoser, hjärtklappning, oregelbundna hjärtslag, hjärtsvikt, bröstsmärta, tryck över bröstet, ödem i benen, högt/lågt blodtryck, hög/låg/stark puls.
- 
32. MANLIGA REPRODUKTIONSORGAN/PROSTATA: Diagnoser, impotens/nedsatt cirkulation i penis, nedsatt sexlust, infertilitet, urineringsproblem, efterdropp, inflammation, svampinfektioner, bakteriella infektioner, virusinfektioner, förhöjt PSA
- 
33. Jag upplever att mina manliga hormoner har förändrats. Om ja, ange hur:
- 
34. KVINNliga REPRODUKTIONSORGAN: Diagnoser, infertilitet, hormonbehandlingar, spiral, cystor, cellförändringar, återkommande missfall, infertilitet, nedsatt sexlust, PMS, sköra slemhinnor, svampinfektioner, bakteriella infektioner, virusinfektioner
- 
35. Jag har ätit p-piller/minipiller/tagit p-spruta/ använt hormonspiral/kopparspiral i totalt \_\_\_\_\_ år av mitt liv.
36. Just nu använder jag följande preventivmedel \_\_\_\_\_
37. Min menstruationscykel är oftast: \_\_\_\_\_ dagar och mensens varar i \_\_\_\_\_ dagar och är riklig/sparsam.
38. Det kan ta \_\_\_\_\_ dagar med småblödningar före/efter den riktiga mensblödningen.
39. Jag mår i regel bäst: Veckan/dagarna före mens/efter mens/under tiden jag har mens.
40. BESVÄR RELATERAT TILL MENOPAUS: Vallningar, hjärtklappning, sömnproblem, gråtmildhet, ilska, sköra slemhinnor, depression, viktökning, koncentrationsproblem.
- 
41. SKELETT, LEDER, BROS: Diskbräck, sprickor, benskörhet, förslitningar, pålagringar, inflammation, smärta, skolios, nedsatt rörlighet, stelhet, svullnad.
-

42. MUSKLER: Spända, ömma, minskad muskelmassa, kramper, sendrag, fibromyalgi, får ovanligt lätt träningsvärk.

---

43. KÄNDA ELLER MISSTÄNKTA ALLERGIER ELLER ÖVERKÄNSLIGHETSREAKTIONER: Pollen, djur, dofter, el, livsmedel som jag inte mår bra av.

---

44. LIVSMEDEL SOM JAG VET ATT JAG MÅR BRA AV:

---

45. LIVSMEDEL SOM JAG LÅNGTAR EFTER (även om jag inte äter dem eller inte mår bra av dem) t.ex. kaffe, kaffebröd, choklad, lakrits, smågodis, glass, kött, feta livsmedel, kryddiga livsmedel, salt, chips, sura livsmedel, grönsaker:

---

46. Jag äter huvudsakligen ekologiska/biodynamiska livsmedel (kryssa i lämplig plats i linjen):

0 % \_\_\_\_\_ 100 %

47. DRICKSVATTEN: egen brunn, kommunalt vatten, renat vatten, specialbehandlat vatten. Detta vet jag om vattnets egenskaper?

---

48. Detta äter jag vanligen till frukost. Vilken tid?

---

49. Detta äter jag vanligen till mellanmål före lunch. Vilken tid?

---

50. Detta äter jag vanligen till lunch. Vilken tid?

---

51. Detta äter jag vanligen till mellanmål på eftermiddagen/kvällen. Vilken tid?

---

52. Detta äter jag vanligen till middag. Vilken tid?

---

53. Jag äter i genomsnitt \_\_\_\_\_ frukter och \_\_\_\_\_ dl bär under en dag.

54. Jag äter i genomsnitt \_\_\_\_\_ dl grönsaker/rotfrukter (ej potatis inräknat) under en dag.

55. Av de grönsaker och rotfrukter jag äter är så här många procent råa (kryssa i lämplig plats i linjen):

0 % \_\_\_\_\_ 100 %

56. Jag äter mikrad mat ca \_\_\_\_\_ gånger per dag/vecka.

57. Jag äter halvfabrikat (ex.vis pulversås/soppor, pasta) \_\_\_\_\_ gånger per vecka.

58. Jag äter helfabrikat (ex. vis såser, korv, köttbullar, fiskbullar, blodpudding, färdigrätter) ca \_\_\_\_\_ gånger per vecka/månad.

59. Jag äter köpt kaffebröd, efterätter, glass etc. ca \_\_\_\_\_ gånger per vecka/dag/månad.

60. Jag äter på restaurang ca \_\_\_\_\_ gånger per vecka/månad.

61. Livsmedel som jag äter/dricker varje dag:

---

---

62. Jag dricker \_\_\_\_\_ dl kaffe (även koffeinfritt inräknat) per dag/vecka/månad. Om koffeinfritt kryssa här \_\_\_\_\_

63. Jag dricker \_\_\_\_\_ dl svart, grönt eller vitt te per dag/vecka .

64. Jag dricker \_\_\_\_\_ dl alkohol per dag/vecka/månad/år. Det är då oftast öl/ cider/vin/ sprit.

65. Dessa symptom får jag vid hunger? Enbart hungerkänsla, matthet, trötthet, irritation, darrningar, frusenhet, magsmärtor, huvudvärk.

66. Jag har nyligen (sista 6 månaderna) förändrat mat/dryckesvanor på ett omfattande sätt? JA / NEJ Om JA, ange hur?

---

---

67. Stryk under vad som passar bäst: När jag är hungrig måste jag äta på en gång/kan jag vänta ännu en timme eller två utan problem.

68. APTIT: Jag är ofta hungrig och har god aptit: STÄMMER / STÄMMER EJ Jag är sällan riktigt hungrig: STÄMMER / STÄMMER EJ

69. ÄTSTÖRNINGAR: Jag upplever att jag har ätstörningar eller matmissbrukar: JA / NEJ Om ja, ange hur?

---

70. VIKT: Jag har lätt att: Öka i vikt / minska i vikt/hålla en stabil vikt.

---

71. MOTIONSVANOR: Ange vad och hur ofta:

---

72. DAGSLJUS: Hur många timmar vista du utomhus i riktigt dagsljus i genomsnitt per vecka?

Mars-maj \_\_\_\_\_ juni-augusti \_\_\_\_\_ september-november \_\_\_\_\_ december-februari \_\_\_\_\_

73. SÖMN: Sover bra, somnar men vaknar igen, svårt somna om, vaknar för tidigt, lägger mig för sent, sover för lite, sover för mycket, sover för lätt/för djupt.

---

74. ENERGI: Jag känner mig oftast: Normalt pigg, inspirerad, hyperaktiv, stressad, omotiverad, oföretagsam, utmattad.

---

75. Min energi varierar starkt under dagen: JA / NEJ. Om JA, ange när har du mest /minst energi?

---

76. KÄNSLOMÄSSIGT: Stryk under det som stämmer mest: Jag har ofta humörsvägningar, är lättirriterad, är nedstämd, kan inte kontrollera mina känslor, känner inte igen mig, känner mig stabil.

---

77. HJÄRNA: Jag har ofta koncentrationsproblem, inlärningsproblem, långsam reaktionsförmåga, svårt hålla flera bollar i luften, minnesproblem, talproblem.

---

78. GENETIK: familjebundna sjukdomar/dödsorsaker:

---

79. ARBETE/STUDIER: Yrke, trivsel, möjlighet att påverka, utveckling, eget ansvar, kollegor, ledning/lärare, stressnivå.

---

80. LÅNGTAN: Jag lever redan min dröm/längtan

Detta skulle jag velat syssla med om jag hade obegränsade möjligheter att förverkliga mina drömmar? (ekonomi, ålder, mod etc.)

---

Detta är skälen till att jag inte har förverkligat mina drömmar:

---

81. MILJÖ: Jag misstänker att min arbets-/studiemiljö/boendemiljö är ohälsosam? Om ja, beskriv hur?

---

82. TRAUMAN: Tidigare trauman eller starka stressfaktorer (fysiska/känslomässiga)?

---

83. NUVARANDE STRESSFAKTORER I MIN VARDAG?

---

84. BOENDE: Jag bor tillsammans med: Make/maka/sambo, barn (antal och ålder) \_\_\_\_\_ husdjur.

85. Jag är singel      Jag är särbo

86. ÅTERHÄMTNING: Jag har möjlighet till daglig vila, avslappning och återhämtning i mitt hem? Om nej, vilka är skälen?

---

87. TIDIGARE/PÅGÅENDE LÄKARBEHANDLING: Ange om möjligt årtal och av vilken orsak:

---

---

88. TIDIGARE ELLER PÅGÅENDE BEHANDLING HOS TERAPEUT: Ange årtal och typ av behandling

---

---

89. ÖVRIGT: Operationer etc.

---

---

---

---

---

---

### **Viktig information för din trygghet**

Du går hos en terapeut som erbjuder dig näringsmedicinsk/funktionsmedicinsk behandling. Detta räknas i Sverige till komplementär/alternativ medicin och ska ses som ett komplement till traditionell sjukvård.

Behandlingen syftar till att optimera körtel/organfunktioner och med hjälp av diet, individanpassat kosttillskottsprogram och livsstilsförändringar.

Enligt lagen om yrkesverksamhet inom hälso-, och sjukvårdens område (1998:531, kap 4) får bland annat följande tillstånd inte behandlas:

- Barn under 8 år
- Epilepsi
- Gravida kvinnor
- Smittsamma sjukdomar med anmälningsplikt
- Cancer
- Diabetes

Terapeuten är inte skyldig att lämna ut uppgifter till tredje part.

Enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso-, och sjukvårdens område (1998:531 8§) gäller tystnadsplikt för all personal inom området. (Tystnadsplikten kan vid behov/önskemål brytas efter skriftligt tillstånd från dig).

**I följande fall tillåter jag att tystnadsplikten bryts (kan även fyllas i vid ett senare tillfälle om behov skulle uppstå):**

---

**Jag förstår och accepterar ovanstående villkor och jag har fyllt i Hälsodeklarationen så sanningsenligt jag förmått**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Skriv under här (obligatoriskt) \_\_\_\_\_

Namnförtydligande (text) \_\_\_\_\_

### **Terapeutens uppgifter**

Madeleine Marcus

Auktoriserad och kvalitetssäkrad terapeut (KAM)

Certifierad näringsterapeut (NMTF)

Firma Madeleine Marcus. Organisationsnummer: 621221-0105

Bildhuggarvägen 15, 121 44 Johanneshov, 0736-003 009, [info@madeleinemarcus.se](mailto:info@madeleinemarcus.se)

Företaget innehar F-skattsedel