



*Frågeformulär

För att kunna förbereda konsultationen ber jag dig begrunda och fylla i frågorna. Om du vill kan du skriva lite mer utförligt på ett löst blad, som du bifogar. Konsultationen tar cirka en timma. Ett skrivet dokument, med tankar om bakomliggande orsaker till ditt problem, samt råd och rekommendationer på lämpliga örter, får du med dig hem.

Minst en vecka före ditt inbokade besök, behöver jag ditt formulär. Sänd det till: Inspirapraktiken Marie-Louise Eklöf Rörstrandsgatan 42 113 40 Stockholm. Portkod till Inspirapraktiken, får du när du bokar en tid. Självklart är alla uppgifter konfidentiella. Vårt samtal under konsultationen stannar mellan oss.

Tack för visat förtroende.
Välkommen önskar Marie-Louise Eklöf

Inspirapraktiken, Rörstrandsgatan 42 nb. 113 40 Stockholm
info@inspira.cc Tel:08-34 54 23 Fax:08-877 321
www.inspira.cc

Namn:

Adress:

E-post:

ålder:

Tel:

vikt:

längd:

Vad besvärar dig?:

När startade besvären?:

Vad gör dig sämre?:

Vad gör dig bättre?:

Har någon annan i din familj liknande besvär?:

Nej Ja Om Ja, vem?:

Har du sökt läkare?: Nej Ja

Om ja, vad blev diagnosen?:

Har du sökt alternativa terapeuter?: Nej Ja

Om ja, vad blev diagnosen?:

Har du regelbundna vanor?: Ja Nej

Lever du ensam?: Sambo Särbo Gift Barn

Hur är ditt blodtryck?: Lågt Högt Vet ej

Hur är dina kolesterolvärden?: Bra Höga Vet ej

Är du yr?: Nej Ja Om ja, när på dygnet?:

Hudens kondition?: Normal Torr Fet Akne

Klåda Fuktig Eksem Torra eksem Allergisk
Blek Blossande Tål sol Tål inte sol

Hårets kvalitet?: Normalt Torrt Fett Mjäll Svamp Håravfall

Naglarnas kondition?: Starka Sköra Skivar sig
Äter/ tuggar du?: Snabbt Lagom Långsamt

Äter du?: Regelbundet Oregelbundet Blandkost
Vegetariskkost Vegankost

Mår du sämre av: Frukt Grönsaker Stekt mat
Fet mat Mjölksprodukter Säd Annat:
Besväras du av: Gaser Illamående
Svullnad i mellangärdet 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?: Ljuskul Mörkgul Gulbrun Mörkbrun
Skummande Mjölaktig

Hur doftar din urin?: Doftlös Svag doft Stark doft illa

Hur mycket vatten dricker du/ 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, mot vad?:

Astma?:

Blir du lätt infekterad?: Ja Nej Om ja, var?:

Har du ofta huvudvärk?: Ja Nej Om ja, var och när?:

Känner du dig: Varm Kall

Känner du dig: Trång i halsen Berörings-känslig runt halsen

Röker du?: Ja Nej Ibland

Snusar du?: Ja Nej Ibland

Ökar du lätt i vikt?: Ja Nej Ibland

Motionerar du?: Ja Nej Om ja, hur?:

Sover du bra?: Ja Nej Svårt att somna Vaknar kl:

Äter du mediciner?: Ja Nej Om ja, vilka?:

Är du tillfreds med ditt liv?: Ja Nej

Om nej, vad vill du ändra på?:

För kvinnor

Hur är din menstruation?:

Sparsam Riklig Smärtsam

Hur många dagar blöder du?:

Hur många dagar har du mellan blödningarna?:

Är du? Före Efter i klimakteriet

Använder du?: P-piller P-spruta

Har du hårväxt som generar dig?: Ja Nej

Är du gravid?: Ja Nej

Ammar du nu?: Ja Nej

För män

Har du problem vid urinering?: Ja Nej Annat:

Har du tryckkänsla i underlivet?: Ja Nej

Besväras du av akuta smärtor i ländryggen?: Ja Nej

Har du humörsvängningar?: Ja Nej

Övrigt:

Bifoga gärna ett löst blad, där du skriver lite mer utförligt runt dina besvär. Tack !

Avtalad tid som avbokas mindre än 24 timmar innan debiteras!