



## \*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!**