

Namn:
Födelseår:
Adress:
Telefon nr:



allerga™

Vilka besvär söker du för? **Vilket år startade det?** Vilka övriga besvär har du? Hur jobbiga är dina symtom 1-10?

Hände något speciellt runt den tiden eller före? Övriga trauman/händelser/sjukdomar tidigare i livet, årtal?

Vad har ni gjort för att ta hand om besvären?

På följande frågor skall ni kryssa i alternativen som du haft, vid behov ange kompletteringar.

Operationer som du genomgått och årtal?

- Prostatainflammation
- Körtelfeber
- Herpesinfektioner
- Halsfluss
- Vårtor
- Större ärr
- Lunginflammation
- Svampinfektion
- Olyckor

- Genetiska sjukdomar
- Tatueringar
- Lever/gallproblem
- Njurproblem
- Urinvägsinfektion
- Strålning/när?
- Datortomografi/när?
- Övriga sjukdomar

Allergi, överkänslighet, intolleranser (även födoämnen)

När senast fick du ta antibiotika och mot vad?

Har allergitesterna gjorts? Vad visade det? Behandling?

Tar du några mediciner?

- Blodtryck
- Blodfetter
- Vätskedrivande
- Insomning
- Sömnbesvär

- Mot ångest/lugnande
- Antidepp
- Sköldkörtelbesvär
- Smärtstillande
- Magmedicin

Allergimed.

ÖVRIGA SYMTOM/BESVÄR?

Tar du några kosttillskott?

- C-vitamin
- Magesium
- D-vitamin
- Zink
- B-vitaminer
- Järn
- Probiotika
- Q 10

VACCINATIONER och eventuella biverkningar?

- Barnvacciner
- Svininfluensa
- Tuberkulos
- Covid
- Bältros

- Hepatit
- TBE
- Influensa

BARNSJUKDOMMAR/BESVÄR:

- Mässling
- Påssjuka
- Röda hund
- Scharlakansfeber
- Vattkoppor

- Kikhosta
- Astma som barn
- Var ofta sjuk
- Allergi som barn

Vänligen gradera nedanstående symtom på en skala från tomt till 1-4

tomt = Aldrig eller sällan symtom

1 = Tillfälliga, lindriga symtom

2 = Tillfälliga, jobbiga symtom

3 = Regelbundna, lindriga symtom

4 = Regelbundna, jobbiga symtom

x = Haft besvären förr

Detta är ingen diagnos och ersätter ingen vanlig läkarundersökning. Är du sjuk rekommenderar vi att du uppsöker läkare eller vårdcentral.

MATSMÄLTNING

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Illamående | <input type="checkbox"/> Mycket gaser |
| <input type="checkbox"/> Kräkningar | <input type="checkbox"/> Illaluktande gaser |
| <input type="checkbox"/> Diarré | <input type="checkbox"/> Mag/tarmsmärtor |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning | <input type="checkbox"/> Rapningar |
| <input type="checkbox"/> Känsla av uppsvälldhet | <input type="checkbox"/> Svårt att svälja |
| <input type="checkbox"/> Magkatarr | <input type="checkbox"/> Halsbränna |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

Hur ofta tömmer du tarmen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-2 ggr per dag | <input type="checkbox"/> 3-fler ggr per dag |
| <input type="checkbox"/> Varannan dag | <input type="checkbox"/> Var tredje eller fler dagar emellan |

Hur skulle du beskriva din avföring?

- | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hård | <input type="checkbox"/> Lös | <input type="checkbox"/> Varierande |
| <input type="checkbox"/> Grötig | <input type="checkbox"/> Varken hård eller lös | <input type="checkbox"/> Fallor isär |

ÖGON

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vattniga | <input type="checkbox"/> Torra | <input type="checkbox"/> Röda |
| <input type="checkbox"/> Kliande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suddig syn/tunnelseende |
| <input type="checkbox"/> Svullna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Påsar under ögonen |
| <input type="checkbox"/> Mörka ringar under ögonen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

ANDNING/NÄSA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergikänsla | <input type="checkbox"/> Andnöd |
| <input type="checkbox"/> Astma, bronkit | <input type="checkbox"/> Andningssvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Rethosta | <input type="checkbox"/> Kronisk Hosta |
| <input type="checkbox"/> Näsblood | <input type="checkbox"/> Snarkningar |
| <input type="checkbox"/> Nästäppa | <input type="checkbox"/> Nysattacker |
| <input type="checkbox"/> Bihåleproblem | <input type="checkbox"/> Rinnande näsa |
| <input type="checkbox"/> Hösnuva | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

MUN/HALS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beläggning tungan | <input type="checkbox"/> Heshet |
| <input type="checkbox"/> Kväljningar | <input type="checkbox"/> Harklingar/slembildning |
| <input type="checkbox"/> Ont i halsen | <input type="checkbox"/> Munntorrhet |
| <input type="checkbox"/> Svårt att prata | <input type="checkbox"/> Dålig andedräkt |
| <input type="checkbox"/> Irriterat tandkött | <input type="checkbox"/> Blåsor i munnen |
| <input type="checkbox"/> Irriterade läppar | <input type="checkbox"/> Irriterad tunga |
| <input type="checkbox"/> Spända käkar | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

HUD

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rodnad | <input type="checkbox"/> Knottrig hud |
| <input type="checkbox"/> Eksem var? _____ | <input type="checkbox"/> Pigment förändringar |
| <input type="checkbox"/> Torr hud _____ | <input type="checkbox"/> Skorv/mjäll |
| <input type="checkbox"/> Klåda var? _____ | <input type="checkbox"/> Hårfall |
| <input type="checkbox"/> Överdriven svettning | <input type="checkbox"/> Natliga svettningar |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | |

Vilka besvär hade du som barn/när du var yngre?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bøjveckseksem | <input type="checkbox"/> Halsproblem | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Öronproblem | <input type="checkbox"/> Krupp | <input type="checkbox"/> Övrigt |
| <input type="checkbox"/> Bihåleproblem | <input type="checkbox"/> Kolik | _____ |

ÖVRIGT

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ofta sjuk | <input type="checkbox"/> Infektioner | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Röker | <input type="checkbox"/> Snusar | <input type="checkbox"/> Har slutat |

TÄNDER

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tandställning | <input type="checkbox"/> Mycket bevar | <input type="checkbox"/> Tandlossning |
| <input type="checkbox"/> Mycket karies | <input type="checkbox"/> Rotfyllningar | <input type="checkbox"/> Implantat |

VÄRK LEDER

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fingrar | <input type="checkbox"/> Armbåge | <input type="checkbox"/> Höft | <input type="checkbox"/> Fotled |
| <input type="checkbox"/> Handled | <input type="checkbox"/> Axel | <input type="checkbox"/> Knä | <input type="checkbox"/> Tår |

VÄRK MUSKLER

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Armar | <input type="checkbox"/> Rygg | <input type="checkbox"/> Lår | <input type="checkbox"/> Stelhet |
| <input type="checkbox"/> Nacke | <input type="checkbox"/> Skuldror | <input type="checkbox"/> Vader | <input type="checkbox"/> Känsla av svaghet |

VÄRK RYGGRADEN

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nacke | <input type="checkbox"/> Bröstrygg | <input type="checkbox"/> Ländrygg |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

Hur länge håller smärtan i sig vid varje tillfälle?

Typ av smärta? Ringa in. Djup knackande, brinnande/hetta, drag, stickande, skärande, pulserande smärta, molande?

NERVSYSTEM/HJÄRNA

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk sidor | <input type="checkbox"/> Huvudvärk fram | <input type="checkbox"/> Migrän |
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk nacken | <input type="checkbox"/> Huvudvärk hjässan | |

Lider du av följande symtom före smärtanfallet vid migrän/huvudvärk? Ringa in: Synstörning, färgförnimmelser, flimmer framför ögonen, ljuskänslighet, luktkänslighet, yrsel, balansproblem, svettning, aptitlöshet, mvrkrvningar, allmän olust?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Luktproblem | <input type="checkbox"/> Smakproblem |
| <input type="checkbox"/> Hörselproblem | <input type="checkbox"/> Tinnitus/ljud i örat |
| <input type="checkbox"/> Dåligt minne | <input type="checkbox"/> Dålig koncentrationsförmåga |
| <input type="checkbox"/> Förvirring | <input type="checkbox"/> Dålig fysisk koordination |
| <input type="checkbox"/> Svårt att fatta beslut | <input type="checkbox"/> Otydligt tal |
| <input type="checkbox"/> Stamning | <input type="checkbox"/> Inlärningsproblem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fingrar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fötter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Känslösvängningar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Balansproblem |

GYNEKOLOGI/Menstrationen är

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Regelbunden | <input type="checkbox"/> Oregelbunden | <input type="checkbox"/> Vallningar |
| <input type="checkbox"/> Smärtsam | <input type="checkbox"/> Kraftig | <input type="checkbox"/> Svag |
| <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Har/haft spiral | <input type="checkbox"/> Svamp |
| <input type="checkbox"/> Mellanblödning | <input type="checkbox"/> Menopaus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Smärtsam ägglossning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Erektionsproblem |

HJÄRTA/CIRKULATION

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hjärtklappning | <input type="checkbox"/> Oregelbunden puls/hjärtrytm |
| <input type="checkbox"/> Bröstmärta | <input type="checkbox"/> Yrsel |
| <input type="checkbox"/> Kalla händer | <input type="checkbox"/> Kalla fötter |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Lågt blodtryck |
| <input type="checkbox"/> Ödem var? _____ | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

ENERGI/AKTIVITET

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trötthet | <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet |
| <input type="checkbox"/> Matthet | <input type="checkbox"/> Rastlöshet |
| <input type="checkbox"/> Orkeslös | <input type="checkbox"/> Sömnrubbingar |
| <input type="checkbox"/> Svårt att somna | <input type="checkbox"/> Vaknar klockslog? _____ |

TÄNDER: ringa in tänder med besvär O. Utragna eller utslagna X

tänder vänster		Framtänder		tänder höger
8 7 6 5 4 3 2 1	Uppe	1 2 3 4 5 6 7 8		
8 7 6 5 4 3 2 1	Nere	1 2 3 4 5 6 7 8		