

Egenjournal

Datum _____

Kvinna Man

Född år _____ månad _____ dag _____ nummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Gatuadress _____

Postnummer _____ Ort _____ Land _____

Telefonnr hem _____ Mobilnr _____

Telfonnr arbete _____ Mailadress _____

Närmast anhörig _____

Gatuadress _____

Postnummer _____ Ort _____ Land _____

Telefonnr dagtid _____ Mobilnr _____

Nu aktuell huvudsjukdom / sjukdomar _____

När debuterade sjukdomen? _____

Vilka skolmediciner eller andra konventionella behandlingar har Du fått?

Pågående läkemedelsmedicinering och dosering? (Bifoga gärna lista) _____

Resultat härav? _____

Känd överkänslighet av skolmediciner? _____

Tidigare sjukdomar och ev. operationer? _____

Vilka alternativa terapier och/eller kosttillskott använder Du nu? (Bifoga gärna lista.) _____

Resultat härav? _____

Finns någon av nedanstående sjukdomar i släkten?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma, allergi | <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Struma (sköldkörtelbesvär) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lågt blodtryck | <input type="checkbox"/> Tumörsjukdomar |
| <input type="checkbox"/> Hjärt-kärlproblem | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Ämnesomsättnings-sjd |
| <input type="checkbox"/> Hudproblem, eksem | <input type="checkbox"/> Reumatiska besvär, fibromyalgi | |

Följande frågor avser de senaste två åren:

Hur fungerar mage och tarm?

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blod i avföringen | <input type="checkbox"/> Gallbesvär | <input type="checkbox"/> Halsbränna |
| <input type="checkbox"/> Dagliga tarmtömningar | <input type="checkbox"/> Gasbildning | <input type="checkbox"/> Sveda |
| <input type="checkbox"/> Diarréer Om ja, <input type="checkbox"/> gul <input type="checkbox"/> brun <input type="checkbox"/> annat _____ | <input type="checkbox"/> Sura uppstötningar | |
| <input type="checkbox"/> Tarmtömningar per vecka _____ ggr | | |

Diabetes, typ _____ Debut _____

Tänder sanerade? När? _____

Beskriv eventuella förändringar i Ditt hälsotillstånd före och efter saneringen: _____

Om tänderna ej är sanerade, finns

- Amalgamfyllning Guld Stifttänder Bryggor Annat _____

Har Du haft problem med återkommande infektioner?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bihåleinflammation, år _____ | <input type="checkbox"/> Lunginflammation, år _____ | <input type="checkbox"/> Öroninflammation, år _____ |
| <input type="checkbox"/> Halsfluss, år _____ | <input type="checkbox"/> Underlivsinflammation, år _____ | Övrigt _____ |
| <input type="checkbox"/> Ledinflammation, år _____ | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion, år _____ | _____ |

Har du haft problem med...

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergi, år _____ | <input type="checkbox"/> Knölros, år _____ | <input type="checkbox"/> Ringorm/revorm, år _____ |
| <input type="checkbox"/> Bältros, år _____ | <input type="checkbox"/> Körtelfeber, år _____ | <input type="checkbox"/> Svampinfekt. i underlivet _ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi, år _____ | <input type="checkbox"/> Medvetslöshet, år _____ | <input type="checkbox"/> Vätska i buken (Ascites) __ |
| <input type="checkbox"/> Klåda hårbotten, år _____ | <input type="checkbox"/> Munsår, år _____ | <input type="checkbox"/> Vätska i lungsäcken _____ |
| <input type="checkbox"/> Klåda analöppning, år _____ | | |

Har Du problem med...

- Huvudvärk, om ja beskriv värken och var den är _____
- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ledvärk | <input type="checkbox"/> Muskelvärk | <input type="checkbox"/> Ryggvärk | <input type="checkbox"/> Stickningar/domningar |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|

Urinvägarna

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inga problem | <input type="checkbox"/> Illaluktande | <input type="checkbox"/> Mörkfärgad | <input type="checkbox"/> Ljulfärgad |
| <input type="checkbox"/> Blodfärgad | <input type="checkbox"/> Sveda | <input type="checkbox"/> Svårt att hålla sig | <input type="checkbox"/> Trängningar |
| <input type="checkbox"/> Igångsättningssvårigheter | <input type="checkbox"/> Natliga urinerings | | |

Kvinna

Menstruationen?

Tid från menstruationens första dag till nästa menstruations början, antal dagar: _____

- Blödning:**
- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klimpig och mörk | <input type="checkbox"/> Smärtsam |
| <input type="checkbox"/> Oregelbunden | <input type="checkbox"/> Sparsam |
| <input type="checkbox"/> Riklig | |

Besvär under någon del av menscykeln?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Före menstruationen | <input type="checkbox"/> Efter menstruationen |
|--|---|

Använder Du, eller har Du använt p-piller, hormonstav eller hormonspiral?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, under åren _____ | <input type="checkbox"/> Nej |
|---|------------------------------|

Man

Prostata – urinering?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Efterdropp | <input type="checkbox"/> Inga problem | <input type="checkbox"/> Täta urinerings |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|

Är Du Rökare Snusare Konsumtion/dag _____ Började år _____

Alkoholkonsumtion? _____

Din längd _____ Din vikt _____

Kost

Normalkost Lakto/ovo vegetarian Vegetarian Vegan

Annat _____

Allergi eller intolerans, beskriv _____

Nuvarande och tidigare yrken _____

Försök svara så fullständigt som möjligt på följande:

	Ja	Nej
Mår bra, symtomfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärre symtom på sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiviteten nästan normal, dagliga symtom på sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver extra vila dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver hjälp med personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialvård och -stöd behövs (om ja, beskriv kort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukhusvård helt nödvändig. Ständigt stödjande behandling och vård behövs

Tekniska hjälpmedel behövs (rullstol o dyl)

Vilka hjälpmedel används _____

Ange här nedan om det är något ytterligare som Du vill rapportera om Din sjukdom:

Önskad tidpunkt för behandling _____
