

Namn:  
Födelseår:  
Adress:  
Telefon nr:



allerga™

Vilka besvär söker du för? **Vilket är 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 allergitest 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    3 = Regelbundna, lindriga symtom  
 1 = Tillfälliga, lindriga symtom    4 = Regelbundna, jobbiga symtom  
 2 = Tillfälliga, 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

**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/tarmsmärt      |
| <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"/> 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"/> Faller isär |

**ÖGON**

- |  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vattniga                  | <input type="checkbox"/> Torra | <input type="checkbox"/> Röda                    |
| <input type="checkbox"/> Kliande                   |                                | <input type="checkbox"/> Suddig syn/tunnelseende |
| <input type="checkbox"/> Svullna                   |                                | <input type="checkbox"/> Påsar under ögonen      |
| <input type="checkbox"/> Mörka ringar under ögonen |                                | <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"/> alltid | <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"/> Munttorrhet             |
| <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"/> Håravfall            |
| <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"/> Böjveckseksem | <input type="checkbox"/> Halsproblem |                                 |
| <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"/> Röker     | <input type="checkbox"/> Snusar      | <input type="checkbox"/> Har slutat |

**TÄNDER**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tandställning | <input type="checkbox"/> Mycket bevär  | <input type="checkbox"/> Tandlossning |
| <input type="checkbox"/> Mycket karies | <input type="checkbox"/> Rotfyllningar | <input type="checkbox"/> Amalgam      |

**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"/> Arm/axel | <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 RYGGGRADEN**

- |                                |                                    |                                   |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <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, flimmar framför ögonen, ljuskänslighet, luktkänslighet, yrsel, balansproblem, svettning, aptitlöshet, myrkrypningar, 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                       |
| <b>Känslstörningar i</b>                        | <input type="checkbox"/> Fingrar <input type="checkbox"/> Fötter |
| <input type="checkbox"/> Lättretad              | <input type="checkbox"/> Känslsvängningar                        |
| <input type="checkbox"/> Deprimerad             | <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"/> Smärtsam ägglossning | <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 klockslag? _____ |

**TÄNDER:** ringa in tänder med besvär **O**. Utdragna 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		