

Spørgeskema

til individuel kostvejledning, hvor du bedes besvare spørgsmålene så godt du kan.

Giv dig god tid og tilføj gerne yderligere forhold, du synes kan være relevante.

På den sidste side skal du skrive det ned, du spiser og drikker på 3 gennemsnitsdage.



Berit Gammelby

**Ernæringsvejleder
& massageterapeut**

Slotsbryggen 1, 1 th
4800 Nykøbing F.
Tlf. 20 44 66 62
info@beritgammelby.dk
www.beritgammelby.dk

Navn: _____ Dato: _____

Fødselsdato: _____ Alder: _____

Telefonnummer: _____ E-mail: _____

Arbejde: _____ Antal timer: _____

Egen læge: _____

Hvilke(t) problemområde(r) ønsker du hjælp til at få klarhed over og forbedre?

Hvordan har du haft det de sidste måneder? Benyt tallene 1-4 og skriv tallet ud for de enkelte udsagn i skemaet herunder. Giv dig god tid.

0 = Jeg har aldrig eller næsten aldrig dette symptom

1 = Jeg har dette symptom af og til, men i lettere grad

2 = Jeg har dette symptom af og til og i svær grad.

3 = Jeg har dette symptom ofte, men i lettere grad.

4 = Jeg har dette symptom ofte og i så svær en grad at de hæmmer min arbejdsdag

Hovedet <ul style="list-style-type: none"> • Hovedpine = • Besvimelse = • Svimmelhed = • Søvnbesvær = • Vågner om natten = • Taber hovedhår = 	Øjne <ul style="list-style-type: none"> • Væskende og kløende = • Mørke ringe eller poser = • Hævede, røde eller kløende øjenlåg = • Dobbeltsyn eller tåget syn = • Ser dårligt ved svagt lys/mørke =
Ører <ul style="list-style-type: none"> • Kløen i ørene = • Ondt i ørene eller infektioner = • Væskende ører = • Hudløs ved øret = • Nedsat hørelse/støj = • Nedsat hørelse = 	Næsen <ul style="list-style-type: none"> • Stoppet i næsen = • Problemer med slimhinder = • Høfeber = • Nyseanfald = • Slim i næsen = • Ofte forkølet = • Dårlig lugtesans =
Mund og svælg <ul style="list-style-type: none"> • Kronisk hoste = • Harken, slim i halsen = • Ømt svælg, hæshed, mister stemmen = • Hævet/misfarvet tunge, sår på læber = • Mundbetændelse = • Blister/sår i mundvige = • Blødende tandkød = • Tandproblemer = • Dårlig smagssans = • Dårlig ånde = 	Hud/hår/negle <ul style="list-style-type: none"> • Uren hud/akne = • Nældefeber = • Eksem = • Psoriasis = • Tørhed = • Rødmen eller røde pletter = • Unormal stærk sveden = • Glansløst hår skøre negle = • Får let blå mærker = • Sår heler meget langsomt =
Hjertet <ul style="list-style-type: none"> • Uregelmæssige eller overspringende hjerteslag = • Hurtige eller hamrende hjerteslag = • Smerter i brystet = • Hævede ben om aftenen = • Kolde hænder/fødder = • Oplevelse af vand i kroppen = 	Lunger <ul style="list-style-type: none"> • Trykken for brystet = • Astma = • Bronkitis = • Andenød = • Vanskeligt ved at ånde =
Fordøjelse <ul style="list-style-type: none"> • Kvalme eller opkastning = • Halsbrand = • Tarm/mavepine = • Anspændt fornemmelse = • Diarré = • Forstoppelse = • Kløe ved endetarmen = • Oplever du sult? Ja nej • Oplever du mæthed? Ja nej • Rumler/larmer maven = 	Fordøjelse <ul style="list-style-type: none"> • Træthed efter måltiderne = • Opstød eller luft i maven efter måltiderne = • Maden ligger tungt i maven = • Ildelugtende luft fra tarmsystemet = • Ufordøjet mad i afføringen = • Gul, kithvid eller orange afføring = • Fedtet eller klistret afføring = • Modvilje mod fed og stegt mad = • Smerter under højre skulderblad = • Daglig afføring? Ja Nej
Muskler og led <ul style="list-style-type: none"> • Ømhed og smerter i led = • Ømhed og smerter i muskler = • Gigt eller gigtagtige symptomer = • Stivhed eller begrænset bevægelighed = • Følelse af fysisk svaghed og træthed = 	Vægt <ul style="list-style-type: none"> • Overvægt = • Undervægtig = • Svingende vægt = • Stort behov for mad og drikke = • <u>Dagligt</u> trang til særlige fødevarer = • Hvilke? = • Utilpas, hvis der går for lang tid mellem

	måltiderne = <ul style="list-style-type: none"> • Trang til sødt/slik/kager mm = • Trang til salte ting = • Stærk tørst =
Energi og aktivitet <ul style="list-style-type: none"> • Træthed/sløvhed = • Ligegyldighed eller langsomhed = • Inde uro/hyperaktivitet = • Rastløshed = • Generelt god energi? Ja Nej 	Tankevirksomhed <ul style="list-style-type: none"> • Indlæringsvanskeligheder = • Dårlig opfattelsesevne = • Dårlig hukommelse = • Koncentrationsvanskeligheder = • Forvirring = • Vanskeligt at træffe beslutninger = • Vanskeligt at koordinere bevægelser = • Sløret tale = • Ofte tankeflugt = • Tankemylder =
Følelser mv. <ul style="list-style-type: none"> • Svingende humør = • Angst eller frygt = • Nervøsitet = • Vrede, irritation, aggressivitet = • Depression = • Fobier = • Stresset = 	Andet <ul style="list-style-type: none"> • Tissetrang = • Mørk porterfarvet urin = • Blærebetændelser = • Kløe og evt. udflåd ved kønsorganerne = • Svampeproblemer = • Frigiditet (kønslig kulde- kvinder) = • Impotens (manglende kønslig formåen, mænd) = • Problemer med at tabe i vægt = • I overgangsalderen = • Menstruationsproblemer = • Prostatabesvær =

Antal samlede point: _____

- Evt. diagnoser:
Lægeordineret medicin:
- Andre symptomer du får medicin for?
- Tager du smertestillende medicin? Hvilke?
For hvad?
Hvor ofte?
- Har du blodsukkerproblemer?
- Hvordan er din appetit?
- Har du nu eller på noget tidspunkt lidt af irriteret tyktarm/irriteret tarmsystem?
- Er du undersøgt for tarmproblemer? Konklusion:
- Har du haft en maveinfektion i forbindelse med en udenlandsrejse?
- Har du haft en bakteriel- eller svampeinfektion i mave/tarm, som er blevet behandlet?
- Får du eller har du tidligere fået medicin for meget mavesyre?
Eller for lidt mavesyre?
- Tager du afføringsmidler? Hvilke?

- Tager du jævnligt fiberkosttilskud imod forstoppelse?
 - Har du haft "kysseysge" mononukleose?
 - Har du eller har du mistanke om at du har allergi/overfølsomhed/høfeber?
For hvad?
 - Er der stoffer du mistænker for ikke at kunne tåle?
 - Er der produkter du ikke bryder dig om?
 - Hvordan er dit immunforsvar mht. forkølelser o lign?
-
- Hvor mange gange har du fået antibiotika/penicillin eller sulfabehandling?
 - Har du din blindtarm?
 - Er du blevet opereret? For hvad?
Hvornår?
-
- Er der kroniske/alvorlige sygdomme i familien?
-
- Har du haft reaktioner efter vaccinationer?
 - Har du mistanke om stofskifteproblemer?
 - Hvilken blodtype har du?
 - Ryger du?
 - Traumer (følelsesmæssige/psykiske) – ulykker, aborter, dødsfald, mobning, fødsler...?
-
- Stikord omkring dit sociale samvær med familie/venner/arbejde/børn?
-
- Stikord omkring opvækstvilkår:
-
- Får du motion? Hvilken slags?
 - Hvor meget/hvor ofte træner du?
 - Hvordan træner du?
-
- Dit erhverv nu og tidligere:
 - Andet, du synes er vigtigt at få med i dit samlede billede?
-
- Stikord til om -og hvad du har forsøgt for at afhjælpe dine gener:
-
- Hvilke kosttilskud/vitamin og mineralprodukter tager du på nuværende tidspunkt?

Kostregistrering.

Herunder vil jeg be' dig om at skrive alt det ned du spiser og drikker på en gennemsnitsdag. Opgiv mængden så nøjagtig du kan. Du er velkommen til at kopiere siden og lave flere registreringer, hvis du vil. Husk også slik og andre nydelsesmidler.

	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Morgenmad			
Formiddag			
Frokost			
Eftermiddag			
Aftensmad			
Senere			
Andet			

- Hvilke fedtstoffer bruger du i madlavningen?
- Hvor meget kaffe drikker du?
- Hvor ofte indtager du alkohol og hvad?
- Er der produkter du bare MÅ ha'?

Ønsker du at få tilsendt nyhedsbreve fra mig? Ja Nej