

# FRÅGEFORMULÄR FÖR AVGIFTNINGSBEHOV -FAB

NAMN

DATUM

Poängskala:

ADRESS

TELEFON

0 = Har aldrig eller sällan haft symtomen

1 = Tillfälliga, lindriga symtom

2 = Tillfälliga, svåra symtom

MOBILTELEFON

3 = Regelbundna, lindriga symtom

4 = Regelbundna, svåra symtom

E-POSTADRESS

Gradera var och en av följande symtom baserat på din typiska hälsoprofil de senaste 30 dagarna.

## HUVUD

Summa

Huvudvärk

Matthet

Yrsel

Sömnrubbningsar

Summa

## ÖGON

Vattniga eller kliande ögon

Svullna, röda eller klibbande ögonlock

Påsar eller mörka ringar under ögonen

Suddig syn eller tunnelseende

Summa

## ÖRON

Kliande öron

Smärtande öron, öroninfektioner

Rinnande öron

Ringningar i öronen, dålig hörsel

Summa

## NÄSA

Nästäppa

Bihåleproblem

Hösnuva

Nysattacker

Överdriven slembildning

## MUN/HALS

Summa

Kronisk hosta

Kväljningar, ofta behov av att harkla dig

Ont i halsen, heshet, svårt att prata

Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar

Summa

## HUD

Akne

Utslag, eksem, torr hud, klåda

Håravfall

Rodnader, vallningar

Överdriven svettning

Summa

## HJÄRTA

Oregelbundna eller missade hjärtslag

Snabba eller dunkande hjärtslag

Bröstmärta

Summa

## LUNGOR

Slembildning el blodstockning

Astma, bronkit

Andnöd

Andningssvårighet

**MATSMÄLTNING**

Summa

 Illamående, kräkningar Diarré Förstoppning Känsla av uppsvälldhet Rapningar, gaser Halsbränna Tarm-magont**LEDER/MUSKLER**

Summa

 Smärta eller värk i leder Artrit Stelhet eller begränsad rörelseförmåga Smärta eller värk i muskler Känsla av svaghet eller trötthet**VIKT**

Summa

 Överdrivet ätande/drickande Begär efter särskild mat Övervikt Tvångsätande Vätskevarhållning Undervikt**ENERGI/AKTIVITET**

Summa

 Trötthet, lathet Apati Hyperaktivitet Rastlöshet**HJÄRNA**

Summa

 Dåligt minne Förvirring, dålig fattningsförmåga Dålig koncentrationsförmåga Dålig fysisk koordination Svårt att fatta beslut Stamning Otydligt tal Inlärningsproblem**KÄNSLOR**

Summa

 Humörsvängningar Oro, rädsla, nervositet Ilska, irritation, aggressivitet Depression**ÖVRIGT**

Summa

 Ofta sjuk Behov av att urinera ofta Underlivsklåda/-utsöndring Analklåda

Slutsumma

- Räkna ihop siffrorna under varje sektion för att få en delsumma, lägg sedan ihop varje delsumma för att få slutsumman.
- Om någon delsumma visar mer än 10 poäng eller slutsumman är över 50 poäng kan du ha behov av att använda ett avgiftningsprogram.
- Fråga din terapeut om dina testresultat. Han eller hon kan skraddarsy ett kosttillskottsprogram och vägleda dig genom ett effektivt och vetenskapligt beprövat avgiftningsprogram samt återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.



**MONICA  
LINDGREN**  
HEALTHY BEAUTIFUL LIFE  
TREATED WITH THE UTMOST CARE

Naturläkare, registrerad SNLF  
Certifierad Näringsterapeut, Örterapeut  
Auktoriserad Cidesco Hudterapeut 1984  
Massageterapeut, Fotterapeut, Zonterapeut  
Medicinsk Yogainstruktör  
Certifierad handledare i Sorgbearbetning

## **Ett dygn!**

### **Kost/Dryck/Motion/Avslappning/Sömn/Kosttillskott/ev.läkemedel**

Namn:

Dag-datum:

Notera i detalj all mat- om den är färsk, fryst, kokt, rå, på burk, friterad. Mängden av varje, samt även små tillbehör som senap, majonnäs, nötter, olivolja osv.

Vaknar kl:

Morgonmål

Mellanmål,

Lunch

Mellanmål,

Middag,

Vatten/Mängd under dagen:

Annan dryck/Mängd under dagen:

Aktivitet-Motion/Typ/Hur länge:

Avslappning/Typ/Hur länge:

Sover/Klockan:

Notera ev. läkemedel eller/och kosttillskott/namn-dosering: