

**Sygdom 2** **Udfyld kortfattet følgende.**  
**Allergier, høfeber, astma eller andre reaktioner.**

**Mave: Fødevarer, der ikke tåles.**

**Tarm. Uro luft osv.**

**Urinveje ( Blærer - nyrer) urin dag nat**

**Sveder ( meget - lidt ? )**

**Tarmfunktion - hvor ofte aff. Lys -- fast løs diarre eller andet ?**

**Mens--- regelmæssig eller med mange smerter el. andet ?**

**Har der været anvendt P piller ? og hvor længe ?**

**Muskulatur med ømheder og hvor?**

**Kaffe ( hvor mange kopper daglig med og uden sukker.**

**Tobak ( hvor meget)**

**Vægt?**

**Højde?**

**Kolde fødder—hænder eller begge dele ?**

**Evt: Blodtryk**

**Evt. Blodprocent**

**Hvor længe har du haft lidelsen ?**

**Operationer + årstal**

**Hudsygdomme**

**Hjemmegående**

**Udearbejdende**

**Arbejdstider**

**Skemaet bedes udfyldt bedst muligt og returneres med besked om, hvordan du ønsker Behandlingsforløbet. Skal jeg sende et forslag til behandlinger og medikamenter. Pris.**

**Husk at nogle naturmedikamenter ikke virker lige her og nu, men andre kan godt.**

**Dine forventninger—tålmodighed til behandlingsforløb. Hvor mange år har du døjet ?**

**Beskriv---- hvad du spiser gennem dagen--- aften --- nat?**

**Morgen**

**Formiddag**

**Middag**

**Eftermiddag**

**Aftensmad**

**Aften før sengetid**

**Dit forbrug af hovedpinepiller + andet + slik og snolder om dagen----- ugen samt prisen ?**