

# SPØRGESKEMA TIL KOSTVEJLEDNING

Bedes udfyldt inden kostvejledning – og medbringes!  
Brug god tid til besvarelsen, det du kan og vil,  
da hvert spørgsmål er af stor vigtighed.

E-mail \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_ Tlf. nr. \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_ Fødselsdato \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Postnr. \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Udearbejdende/arbejdstid \_\_\_\_\_ Hjemmegående \_\_\_\_\_

Egen læge \_\_\_\_\_

Vægt \_\_\_\_\_ Højde \_\_\_\_\_ Blodtryk \_\_\_\_\_ Blodtype \_\_\_\_\_

## **HVAD OG HVOR MEGET SPISES DER?**

Morgen:

Formiddag:

Middag/Frokost:

Aften:

TV-tid (te, kaffe, tilbehør):

## HVOR MEGET INDTAGER DU AF NEDENSTÅENDE?

	DAGLIGT	UGENTLIGT
Mælk		
Surmælk		
Ost		
Æg		
Juice		
Æblemost		
Vand		
Andet væske		
Kaffe m/sukker – u/sukker		
Alm. te		
Urtete		
Kager		
Øl		
Vin		
Alkohol		
Cigaretter		
Tobak		
Slik		
Fedtstof – type/kvalitet		

## UDFYLD KORTFATTET FØLGENDE:

Allergi, høfeber, astma eller andre reaktioner:

---

---

---

Hudsygdomme/hudproblemer:

---

Muskulaturen (smerter/ømhed):

---

Ledproblemer:

---

Smerter (fingre/tæer):

---

Hovedpine:

---

Kolde hænder/fødder:

---

Betændelsestilstande (hvornår, hvor og hvor længe):

---

---

Urinveje (blære/nyrer):

---

Sveder (meget/lidt):

---

Mave (uro, for meget/for lidt mavesyre):

---

Lider af mavesår:

---

Tarm (uro/luft o.s.v.):

---

Tarmfunktionen (hvor ofte afføring, lys afføring o.s.v.):

---

Vandladning:

---

Menstruation (regelmæssighed, smerter, hvor kraftig):

---

*fortsættes på næste side*

**UDFYLD KORTFATTET FØLGENDE (fortsat):**

Udflod fra skeden:

---

Klimakteriebesvær:

---

Svampeinfektion:

---

Kløe i mundhule, øre, øjne:

---

Slim i halsen:

---

Prostata-besvær (hvor lang tid):

---

Traumer (følelsesmæssige/psykiske – ulykker, fødsler, aborter, dødsfald, drilleri o.s.v.):

---

---

Tidligere alvorlige sygdomme:

---

Operationer (årstal):

---

Operationsår:

---

Kroniske/alvorlige sygdomme i familien:

---

Ubalancer i tidlig barndom (infektioner, øreproblemer, hudirritation, fordøjelse – evt. behandling):

---

---

Forskel på benlængde (evt. brug af skoindlæg):

---

Socialt (samvær med familie, venner, arbejdsmiljø, boligmiljø o.s.v.):

---

---

---

Motion:

---

Trang til bestemt smag (sødt, salt, surt eller krydret):

---

Symptomer i bestemt klima (forværring/forbedring):

---

Afhængigheder:

---

Andre stress faktorer:

---

---

## SÆT KRYDS UD FOR DET, DER PASSER PÅ DIN SITUATION

(Ved mindre symptomer kan du evt. sætte en streg)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stort forbrug af/eller trang til sukker, søde drikke m.m.  | <input type="checkbox"/> Stresset   |
| <input type="checkbox"/> Bliver bedre af at spise lidt, bare en kiks eller lignende | <input type="checkbox"/> Trang til salte ting                                     |
| <input type="checkbox"/> Bliver dårlig, hvis jeg ikke får maden til tiden           | <input type="checkbox"/> Spiser konservermad                                      |
| <input type="checkbox"/> Stærk tørst  | <input type="checkbox"/> Spiser dybfrosen frugt og grøntsager                     |
| <input type="checkbox"/> Tilbøjelighed til alkoholisme                              | <input type="checkbox"/> Bruger hvidt sukker/produkter, der indeholder hvidt mel  |
| <input type="checkbox"/> Mathed.  | <input type="checkbox"/> Spiser ensidigt  |
| <input type="checkbox"/> Rysten (indre uro, svært at forklare)                      | <input type="checkbox"/> Salter maden meget                                       |
| <input type="checkbox"/> Depression   | <input type="checkbox"/> Koger grøntsager, indtil de er bløde                     |
| <input type="checkbox"/> Grædelyst  | <input type="checkbox"/> Spiser ofte på restaurant                                |
| <input type="checkbox"/> Forvirring   | <input type="checkbox"/> Bor i eller nær storby med forureningsproblemer          |
| <input type="checkbox"/> Manglende koncentrationsevne                               | <input type="checkbox"/> Får ikke tilstrækkelig søvn, og er træt når jeg vågner   |
| <input type="checkbox"/> Ængstelse  | <input type="checkbox"/> Kan lide og spiser frittet mad                           |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhed   | <input type="checkbox"/> Har skøre fingernegle                                    |
| <input type="checkbox"/> Søvnløshed   | <input type="checkbox"/> Har slapt og skørt hår                                   |
| <input type="checkbox"/> Besvimelse   | <input type="checkbox"/> Bliver ofte forkølet                                     |
| <input type="checkbox"/> Irritabilitet  | <input type="checkbox"/> Tendens til at få forkølelæssår                          |
| <input type="checkbox"/> Frigiditet (kønslig kulde, kvinder)                        | <input type="checkbox"/> Håret er i dårlig forfatning, lige meget hvad jeg gør    |
| <input type="checkbox"/> Impotens (manglende seksuel formåen, mænd)                 | <input type="checkbox"/> Har/har haft øm tunge                                    |
| <input type="checkbox"/> Krammer  | <input type="checkbox"/> Ankler hæver sidst på dagen                              |
| <input type="checkbox"/> Infiltrationer   | <input type="checkbox"/> Får sår i munden, eller mundvigene                       |
| <input type="checkbox"/> Koldsved   | <input type="checkbox"/> Blødende gummer, når jeg børster tænder                  |
| <input type="checkbox"/> Natlige mareridt   | <input type="checkbox"/> Ser dårligt ved svagt lys                                |
| <input type="checkbox"/> Hjertebanken   | <input type="checkbox"/> Kan ikke lide at køre bil, når det er mørkt              |
| <input type="checkbox"/> Selvmordstendenser (følelsen af håbløshed)                 | <input type="checkbox"/> Øjnene svier/løber i vand, når jeg går fra mørke til lys |
| <input type="checkbox"/> Pladsangst (bange for andre, eller små rum)                | <input type="checkbox"/> Har problemer med at gå ned i vægt, når jeg ønsker det   |
| <input type="checkbox"/> Forstoppelse   | <input type="checkbox"/> Har ofte tankeflugt                                      |
| <input type="checkbox"/> Fedme (tendens til overvægt)                               | <input type="checkbox"/> Har kredsløbsforstyrrelser                               |
| <input type="checkbox"/> Afmagring  | <input type="checkbox"/> Har åndedrætsbesvær                                      |
| <input type="checkbox"/> Får let blå pletter efter slag. Øm i venstre side af maven | <input type="checkbox"/> Lider af hukommelsestab                                  |
| <input type="checkbox"/> omkring ribbenskanten                                      | <input type="checkbox"/> Dårlig lugtesans   |
| <input type="checkbox"/> Træthed  | <input type="checkbox"/> Let modtagelig for infektioner                           |
|   | <input type="checkbox"/> Sår heler meget langsomt                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Lider af manglende energi                                |

**SYMPTOMER – HOVEDSALIG:**

---

---

---

---

**DIAGNOSE – LÆGENS ELLER EGEN:**

---

---

**APPETIT:**

---

---

**FØDEVARER, DER IKKE TÅLES:**

---

---

---

---

**MEDICIN-BEHANDLING: (Angiv tidligere eller nuværende behandling samt hvor lang tid denne har varet)**

Smertestillende medicin:

---

---

Afførende medicin:

---

---

Har anvendt P-piller (hvor længe):

---

---

Klimakteriet:

---

---

Binyrebarkhormon – prednison o.s.v.:

---

---

Sovemedicin:

---

---

Nervemedicin / Lykkepiller m.v.:

Vanddrivende medicin:

---

---

Antibiotika:

---

---

Anden medicin:

**VITAMIN-, MINERAL- OG URTETERAPI (EGEN):**

---

---

---

**HAR DU VÆRET PÅ DIÆT TIDLIGERE?:**

Hvor længe/med hvilken effekt:

---

---

Øvrig behandling (lægelig/alternativ):

---

---

*Tak fordi du tog dig tid til at udfylde skemaet.  
Jeg ser frem til vores aftale.*

*Med venlig hilsen  
Anette Gammelgaard*