

Godkänner du de allmänna villkoren på
www.everydaywellness.se/gdpr?

JA NEJ

Ålder:

Vikt:

Kön:

Kvinna

Längd:

Man

ID-KOD:

2 mål med denna rådgivning:

Vilka utmaningar eller hinder har du för att nå målen?

Har du fått någon diagnos på sjukdom av läkare (exv. IBS, Autoimmun sjukdom, PCOS, högt blodtryck osv)?

Äter du något läkemedel?

Ange exempel på intag av mat och dryck under en veckodag:

Ange exempel på intag av mat och dryck under en helgdag:

Äter du enligt någon speciell kosthållning, ange i så fall vilken?

Hur ser du på ditt förhållningssätt till mat?

Hur många måltider äter du per dag (ink mellanmål)?

Hur många dagar i veckan äter du glass, godis, kakor, pizza, chips osv?

Hur många dagar i veckan äter du halvfabrikat/färdig mat?

Har du några allergier eller intoleranser (eller något livsmedel som du gärna utesluter)?

Har du testat fasta någon gång? JA NEJ

Om ja, vilken typ och hur har det fungerat?

Vilken typ av rörelse/träning utför du under en vanlig vecka?

Ungefär hur många steg går du per dag? Mindre än 6000 6000-9000 9000-12000 >12000

Har lång tid tar det ungefär innan du somnar? Mindre än 20 min 20-40 min Mer än 40 min

För menstruerande kvinnor: (hoppa över ifall du inte menstruerar till hormonersättning)

Har du en regelbunden menscykel? JA NEJ

Hur många dagar är den?

Anv. du något preventivmedel, om JA, vilket? JA NEJ

Upplever du några av dessa symptom? (under en menscykel)

Tunga blödningar	Sömnsvårigheter ibland	Humörpåverkan
Ont i bröstet	Trötthet	Akne
Förändrad vikt (utan ändring)	Svårt att bli gravid	Huvudvärk
Mensvärk	Svullen	Nattsvettningar
Sjukdomskänsla vid mens	Svårt att ägglossa	Sockersug

Hormonersättning; Skriv in (om du tar några):

Hur ofta dricker du alkohol?

Hur brukar du återhämta dig?

Hur skulle du beskriva din stressnivå?

Känner du igen dig i något av följande symptom?

Förstoppning	Illamående	Tappar hår
Känner en konstant stress	Låg sexlust	Frusenhet

Äter du sojaprodukter (tofu, sojafärs, sojabönor, sojaprotein, sojamjolk osv)? JA NEJ

Behöver du äta smärtstillande medel med jämna mellanrum och i så fall varför?

Hur ser din dygnsrytm ut, ungefär när somnar du och när vaknar du?

Finns det något mer som du anser är viktigt för mig att veta innan vår konsultation?

Tack för din tid och för dina ärliga svar!