

# Health And Well Being History Form

For & efternavn:	E-mail:
Adresse:	By:
Telefon nr:	Post nr:
Dato for 1. behandling:	Anbefalet af:
Fødselsdato:	

## DEL 1.

Venligt besvar de følgende spørgsmål så ærligt som muligt, da det er til din egen fordel.



Beskriv de problemer du søger hjælp for. Hvornår opstod de forskellige problemer?

Tidligere sygehistorie, tidligere skader, ulykker, operationer med mere.

Får du medicin, og hvilken slags, herunder håndkøbsmedicin som du i øjeblikket tager?

Hvilke daglige aktiviteter har du vanskeligt ved pga. ovenstående gener?

Har du haft dette problem før, og hvornår?

Hvad er dine mål med BodyTalk?

Angiv en hver form for behandlingsform du får for dine gener?



## DEL 2.

Venligst sæt kryds i den cirkel der bedst beskriver hyppigheden af dine oplevelser ved nedenstående tilstande.  
Hvis ikke du oplever problemer, så lad cirklen være blank

Fordøjelse	① ② ③ ④ Løs Afføring	① ② ③ ④ Mave-tarm smerter	① ② ③ ④ Svært ved at fordøje fed mad
	① ② ③ ④ Forstoppelse	① ② ③ ④ Halsbrand	ja nej Høj kolesterol
	① ② ③ ④ Dårlig fordøjelse	① ② ③ ④ Overdreven appetit	ja nej Galdesten
	① ② ③ ④ Parasitter	① ② ③ ④ Ingen appetit	
	① ② ③ ④ Sure opstød	① ② ③ ④ Irritabel tarme	
	① ② ③ ④ Kvalme	① ② ③ ④ Hæmorider	
	① ② ③ ④ Blodig afføring		

Luftveje	① ② ③ ④ Våd hoste	① ② ③ ④ Næse problemer	ja nej Andet : _____
	① ② ③ ④ Tør hoste	① ② ③ ④ Nedsat lugtesans	ja nej Lungebetændelse
	① ② ③ ④ Trykken for brystkassen	① ② ③ ④ Bihule problemer	ja nej Astma
	① ② ③ ④ Åndenød	① ② ③ ④ Allergi	ja nej Udvidede lunger
	① ② ③ ④ Hvæsende vejrtrækning	① ② ③ ④ Høfeber	ja nej Bronkitis
	① ② ③ ④	① ② ③ ④ Nemt til forkølelse	ja nej Ryger du? Hvor mange pr. dag _____

Kredsløb	① ② ③ ④ Forhøjet blodtryk	① ② ③ ④ Rastløshed	ja nej Hjertesygdomme
	① ② ③ ④ Lavt blodtryk	① ② ③ ④ Hjerteranken	ja nej Årebetændelse
	① ② ③ ④ Bryst smerter	① ② ③ ④ Lav puls	ja nej Slagtilfælde Hvor mange?
	① ② ③ ④ Svimmelhed	① ② ③ ④ Nedsat cirkulation	
	① ② ③ ④ Let til blå mærker	① ② ③ ④ Blodprop	
	① ② ③ ④ Ødemer	① ② ③ ④ Svedige hænder/fødder	
	① ② ③ ④ Kolde hænder/fødder	① ② ③ ④ Blodmangel	

Urinveje	① ② ③ ④ Smertefuld vandladning	① ② ③ ④ Øre ømhed	ja nej Smerter i nederste del af ryggen
	① ② ③ ④ Inkontinens	ja nej Høre nedsættelse	ja nej Knæ problemer
	① ② ③ ④ Vandladnings besvær	ja nej Nyresten	ja nej Andet: _____
	① ② ③ ④ Ringen for ørene	ja nej Nyre infektion	

Nervesystem	ja nej Ordblindhed	ja nej Epilepsi	ja nej Nerve sygdomme hvilke? _____
	ja nej Indlæringsvanskeligheder	ja nej Kvæstelser i hovedet	
	ja nej Sklerose	ja nej Følelsesløshed. Hvor?: _____	
	ja nej Muskelsvind	ja nej Prikkende fornemmelse hvor? _____	

Muskel/skelet	① ② ③ ④ Ansigts smerter	① ② ③ ④ Nedsat kraft i arme	ja nej Slidgigt
	① ② ③ ④ Dårlig koordinering	① ② ③ ④ Gangbesvær	ja nej Leddegigt
	① ② ③ ④ Nedsat kraft i ben	① ② ③ ④ Hævelser	ja nej Kunstig led _____
			_____
			ja nej Brækket knogler



Venligst sæt et kryds ved smertefulde områder, og om det er højre(H), venstre(V), eller begge sider.

Muskler/skelet	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Skulder	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Ben	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Midterste del af ryggen	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Arm	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Knæ	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Nederste del af ryggen	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Albue	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Fødder	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V			
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Hænder	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Nakke	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V			
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Hofter	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Øverste del af ryggen	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> V			

Andet	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Søvnløshed	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Træthed	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Vægttab
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Depression	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Sprog problemer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Leverbetændelse
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Sover for meget, hvor længe? _____	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Nedsat tørst	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Stofskifte problemer
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Vaklende	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Vægtøgning	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Fibromyalgi
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Dårlig hukommelse	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Tør mund	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Nedsat lugtesans
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Hævede kirtler	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Smerter om natten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Nedsat smagssans
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Angst	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Hovedpine	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Cancer hvor? _____
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Let til vrede	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Migræne	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Allergi Hvilke? _____
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Tvangstanker	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Smerter i øjne		
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Uoverskuelighed ved planlægning	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Tørre øjne		
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Svimmelhed	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Rindende øjne	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Infektioner _____
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Skøre negle	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Andre øjne problemer?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Herpes
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Intolerance over for vejrskifte	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Tand problemer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Candida svamp
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Feber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Dårlig hørelse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Helvedesild
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Kuldegysninger	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Synkebesvær	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Kemisk afhængighed _____
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Næse blod	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Sukkersyge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Hud sygdomme _____

Kun Mænd	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Prostata problemer	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Impotens	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Barnløshed
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Smerter i kønsdele	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Vandladnings besvær	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Prostata cancer

Kun Kvinder	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Bryst smerter eller ømhed	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Symptomer ved menopause?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Cyste på Æggeleder /æggestokke
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Knuder i bryst	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Regelmæssig cyklus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Endometriose
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Menopause	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Smertefuld menses smerter	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	PMS
					<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej	Barnløshed

Velfindende	Venligst sæt en cirkel om de ord der passer på dig:				Venligst sæt et kryds ved den tilstand der passer bedst på dig				
	Misbrugt	Paranoid	Svært ved at sørge	Panik	Min familie stress er	<input type="radio"/> Ingen	<input type="radio"/> Minimal	<input type="radio"/> Moderat	<input type="radio"/> Høj
	Kritiserende	Overvældet	Usikkerhed	Nervøs	Min arbejdes stress er	<input type="radio"/> Ingen	<input type="radio"/> Minimal	<input type="radio"/> Moderat	<input type="radio"/> Høj
	Overpylret	Forvirret	Urolig	Håbløshed	Min økonomiske stress er	<input type="radio"/> Ingen	<input type="radio"/> Minimal	<input type="radio"/> Moderat	<input type="radio"/> Høj
	Lammet	Forfulgt	Angst	Irriteret	Min sundheds stress er	<input type="radio"/> Ingen	<input type="radio"/> Minimal	<input type="radio"/> Moderat	<input type="radio"/> Høj
	Deprimeret	Skyld følelse	Frygt	Oprørt					
Afvist	Ængstelig	Utålmodig	Bekymret						
Fortvivlet	Ked af det	Skræmt	Hjælpeløshed						
Sorg	Rastløs	Bliver let irriteret							



Venligst udfyld hvor mange timer du har for dig selv til at slappe af i, og hvad gør du når du slapper af?  
Hobby, meditere, etc.?

Venligst udfyld om du er fysisk aktiv, og hvor tit?

Hvor mange timers søvn du får om natten? \_\_\_\_\_ Sover du uden afbrydelser? \_\_\_\_\_  
Hvis ikke venligst forklar: \_\_\_\_\_

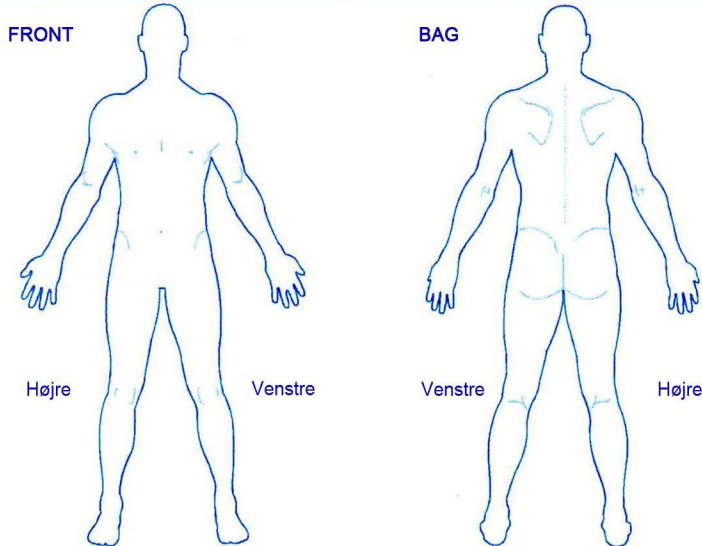
### DEL 3.

Venligst udfyld cirklerne med et kryds, som bedst beskriver det niveau af ubehag du mærker på en skal fra 1 til 10.  
Hvor 1 er laveste score (minimale smerter) og 10 er højeste score. (meget stærke smerter)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ● ⑧ ⑨ ⑩ example: <b>neck</b>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

### DEL 4.

Venligst udfyld område af smerter eller ubehag på krops diagrammet,  
skriv gerne kommentar til.



KOMMENTAR

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

BodyTalk terapeuts kommentar

Klients underskrift

Dato

BodyTalks terapeuts underskrift

Dato