

Frågeformulär FAB

Namn Adress.....

Postadress Personnr Längd Vikt Datum.....

Telefon..... E-post.....

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

Poängskala:

0 = *Har aldrig eller sällan* haft symtomen

1 = *Tillfälliga, lindriga* symtom

2 = *Tillfälliga, svåra* symtom

3 = *Regelbundna, lindriga* symtom

4 = *Regelbundna, svåra* symtom

HUVUD	<input type="checkbox"/> Huvudvärk	
	<input type="checkbox"/> Matthet	
	<input type="checkbox"/> Yrsel	
	<input type="checkbox"/> Sömnrubbingar	SUMMA _____

ÖGON	<input type="checkbox"/> Vattniga eller kliande ögon	
	<input type="checkbox"/> Svullna, röda eller klibbande ögonlock	
	<input type="checkbox"/> Påsar eller mörka ringar under ögonen	
	<input type="checkbox"/> Suddig syn eller tunnelseende	SUMMA _____

ÖRON	<input type="checkbox"/> Kliande öron	
	<input type="checkbox"/> Smärtande öron, öroninfektioner	
	<input type="checkbox"/> Rinnande öron	
	<input type="checkbox"/> Ringningar i öronen, dålig hörsel	SUMMA _____

NÄSA	<input type="checkbox"/> Nästäppa	
	<input type="checkbox"/> Bihåleproblem	
	<input type="checkbox"/> Hösnuva	
	<input type="checkbox"/> Nysattacker	
	<input type="checkbox"/> Överdriven slembildning	SUMMA _____

MUN/HALS	<input type="checkbox"/> Kronisk hosta	
	<input type="checkbox"/> Kväljningar, ofta behov av att harkla dig	
	<input type="checkbox"/> Ont i halsen, heshet, svårt att prata	
	<input type="checkbox"/> Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar	SUMMA _____

HUD	<input type="checkbox"/> Akne	
	<input type="checkbox"/> Utslag, eksem, torr hud, klåda	
	<input type="checkbox"/> Hårfall	
	<input type="checkbox"/> Rodnader, vallningar	
	<input type="checkbox"/> Överdriven svettning	SUMMA _____

HJÄRTA	<input type="checkbox"/> Oregelbundna eller missade hjärtslag	
	<input type="checkbox"/> Snabba eller dunkande hjärtslag	
	<input type="checkbox"/> Bröstsmärta	SUMMA _____

LUNGOR	<input type="checkbox"/> Slemmbildning el blodstockning	
	<input type="checkbox"/> Astma, bronkit	
	<input type="checkbox"/> Andnöd	
	<input type="checkbox"/> Andningssvårighet	SUMMA _____

MATSMÄLTNING _____ Illamående, kräkningar
_____ Diarré
_____ Förstoppning
_____ Känsla av uppsvälldhet
_____ Rapningar, gaser
_____ Halsbränna
_____ Tarm-magsmärta **SUMMA** _____

LEDER/MUSKLER _____ Smärta eller värk i leder
_____ Artrit
_____ Stelhet eller begränsad rörelseförmåga
_____ Smärta eller värk i muskler
_____ Känsla av svaghet eller trötthet **SUMMA** _____

VIKT _____ Överdrivet ätande/drickande
_____ Begär efter särskild mat
_____ Övervikt
_____ Tvångsätande
_____ Vätskevarhållning
_____ Undervikt **SUMMA** _____

ENERGI/AKTIVITET _____ Trötthet, passivitet
_____ Apati
_____ Hyperaktivitet
_____ Rastlöshet **SUMMA** _____

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

KÄNSLOR _____ Humörsvängningar
_____ Oro, rädsla, nervositet
_____ Ilska, irritation, aggressivitet
_____ Depression **SUMMA** _____

ÖVRIGT _____ Ofta sjuk
_____ Behov av att urinera ofta
_____ Underlivsklåda/-utsöndring
_____ Analklåda **SUMMA** _____

SLUTSUMMA _____

Räkna ihop siffrorna under varje sektion för att få en delsumma, lägg sedan ihop varje delsumma för att få slutsumman.

Vilka läkemedel intar du? _____