

## Pasient informasjon

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Epost: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Profesjon/Yrke: \_\_\_\_\_

Navn på pårørende: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Hvordan hørte du om Bø Naturmedisinske institutt: \_\_\_\_\_

Nåværende helsetilstand (fortell litt om hvorfor du søker behandling):

---

---

---

---

---

---

---

---

Hvilke symptomer/ plager har du hatt tidligere (også fra når du var et barn):

---

---

---

---

---

---

---

---

Har du noen gang fått Antibiotika (når og hvorfor): \_\_\_\_\_

Har du ofte infeksjoner? \_\_\_\_\_ Hvor ofte: \_\_\_\_\_

Får du den/de samme infeksjonene om igjen? \_\_\_\_\_ Lokalitet: \_\_\_\_\_

Blir du raskt frisk etter en infeksjon? \_\_\_\_\_ Mye slim hals/lunger? \_\_\_\_\_

Har du tidligere vært i behandling hos (sett kryss): Lege \_\_\_ Sykehus \_\_\_ Fysioterapi \_\_\_  
Kiropraktikk: \_\_\_ Akupunktør: \_\_\_ Osteopati: \_\_\_ Naprapat: \_\_\_ Homøopati: \_\_\_  
Soneterapi: \_\_\_ Naturterapeut: \_\_\_ Biopat: \_\_\_ Annet: \_\_\_\_\_

Har du hatt kirurgiske inngrep: Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ Hvis svaret er ja, hva slags inngrep og når  
hadde du det: \_\_\_\_\_

Finnes det fremmedlegemer i kroppen: Kunstige ledd \_\_\_ Pacemaker \_\_\_ Nagler \_\_\_  
Spiral \_\_\_ Silikon \_\_\_ Andre: \_\_\_\_\_

Lider du av følgende sykdommer (sett kryss): Diabetes 1 \_\_\_ Diabetes 2 \_\_\_ Epilepsi \_\_\_  
Kreft (type): \_\_\_\_\_ Høyt stoffskifte \_\_\_ Lavt stoffskifte \_\_\_ hjerne slag \_\_\_  
Revmatiske sykdommer: \_\_\_\_\_

Hjerte og kar sykdommer: \_\_\_\_\_

Astma: \_\_\_ Kols: \_\_\_ IBS: \_\_\_ Ulcerøs kolitt: \_\_\_ Crohns: \_\_\_ SIBO \_\_\_

Har du autoimmune sykdommer, hvis ja hvilke: \_\_\_\_\_

Har du noen smittsomme sykdommer: Tuberkulose \_\_\_ Hepatitt A \_\_\_ Hepatitt B \_\_\_  
HIV \_\_\_ MRSA \_\_\_ ESBL \_\_\_ eller andre smittsomme sykdommer: \_\_\_\_\_

Har du andre diagnoser: \_\_\_\_\_

Har du tatt Covid-19 vaksine? \_\_\_\_\_ Hvor mange doser? \_\_\_\_\_

Hva slags medisiner tar du nå (med og uten resept)? Bruk baksiden for mer plass.

1. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ Styrke: \_\_\_\_\_ Antall per dag \_\_\_\_\_

Vennligst skriv ned hvilke vitaminer, kosttilskudd eller urter som du bruker fast:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### Allergi/Cave

Har du allergi til noe type medisin: \_\_\_\_\_

Har du allergi til noe type mat: \_\_\_\_\_

Har du noen mat intoleranser: \_\_\_\_\_

Har du andre allergier: \_\_\_\_\_

### Dine kostholdsvaner

Beskriv hva du spiser og drikker i løpet av en vanlig dag og når på dagen du spiser.

Frokost: \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Lunsj: \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Middag: \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Kveldsmat: \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Mellommåltider: \_\_\_\_\_

Hvor ofte og hva slags Godteri/kaker/snaks spiser du: \_\_\_\_\_

Hvor ofte spiser du ferdigmat/restaurant mat i uka: \_\_\_\_\_

Hvor ofte og hva slags fisk/sjømat spiser du: \_\_\_\_\_

Hvor mye og hva slags frø/nøtter spiser du i uka: \_\_\_\_\_

Hvor mange ganger i uka spiser du stekt mat: \_\_\_\_\_

Hvor mange glass/kopper per dag drikker du av: Vann: \_\_\_\_\_ Kaffe: \_\_\_\_\_ Melk: \_\_\_\_\_ Brus:

\_\_\_\_\_ Energidrikker: \_\_\_\_\_ Te: \_\_\_\_\_ Juice: \_\_\_\_\_ Annet: \_\_\_\_\_

## Mage/tarm

Har du regelmessig avføring: \_\_\_\_\_ Hvor ofte: \_\_\_\_\_

Lider du av (Kryss av det som gjelder nå):

Diaré: \_\_\_\_ luftplager: \_\_\_\_ Treg fordøyelse: \_\_\_\_ Veksler mellom løs og hard avføring: \_\_\_\_

Forstoppelse: \_\_\_\_ Ufordøyd mat i avføring: \_\_\_\_ Får forstoppelse av fiberrik mat: \_\_\_\_

Problemer med fettrike måltider: \_\_\_\_ Veldig lys/leire farge på avføring: \_\_\_\_ Fjernet

galleblære: \_\_\_\_ Fett i avføring: \_\_\_\_ Slim i avføring: \_\_\_\_ Ferskt blod i avføring: \_\_\_\_ Mørkt

blod i avføring: \_\_\_\_ Hals brann: \_\_\_\_ Sure oppstøt: \_\_\_\_ Raper mye \_\_\_\_ Hemoroider: \_\_\_\_

Kvalme etter måltid: \_\_\_\_ Oppkast etter måltid: \_\_\_\_ Bruker avføringsmidler: \_\_\_\_

Hodepine etter inntak av visse typer mat: \_\_\_\_ Kramper/smerter i mageområdet (spesifiser):

\_\_\_\_\_ Annet: \_\_\_\_\_

## Kvinner

Har du regelmessig menstruasjon: \_\_\_\_ Blør lite: \_\_\_\_ Blør mye: \_\_\_\_ Kramper/smerter

ved menstruasjon: \_\_\_\_ PMS: \_\_\_\_ Polycystisk Ovariesyndrom: \_\_\_\_ Cyster: \_\_\_\_

Har du vært gravid? \_\_\_\_\_ Hvis ja hvor mange ganger? \_\_\_\_\_

Er du gravid nå? \_\_\_\_ Hvis ja når er termin? \_\_\_\_\_

Har du hatt abort, frivillige eller spontane: \_\_\_\_\_ Hvis ja hvor mange: \_\_\_\_\_

Har du forandringer i skjeden: \_\_\_\_ Tørrhet: \_\_\_\_ Sopp i underlivet: \_\_\_\_ Kløe: \_\_\_\_

ekstra/unormal utflod: \_\_\_\_ Smerter: \_\_\_\_ Forandret lukt: \_\_\_\_ Sjekker du brystene dine

regelmessig: \_\_\_\_ Hovne lymfeknuter, ømhet, hud eller forandringer på brystene: \_\_\_\_

Har du kommet i overgangsalderen: \_\_\_\_ Sliter du med hetetokter: \_\_\_\_\_

Inkontinens/lekker urin: \_\_\_\_ Smerter ved urinering: \_\_\_\_ Blod i urinen: \_\_\_\_ Har du

kontroll på avføring: \_\_\_\_ Har du kontroll på luft: \_\_\_\_

Annet: \_\_\_\_\_

## Menn

(Sett kryss for det som gjelder)

Er det vanskelig å urinere: \_\_\_\_ Smerter ved urinering: \_\_\_\_ Blod i urinen: \_\_\_\_ Har du svak

urinstråle, drypper mye/lenge: \_\_\_\_ Urinerer du på natta: \_\_\_\_ Inkontinens/ lekker urin:

\_\_\_\_ Problemer med ereksjonen? \_\_\_\_ Ufrivillig sædavgang: \_\_\_\_ Sjekker du testiklene for

kreft? \_\_\_\_ Lite sex lyst: \_\_\_\_ Annet: \_\_\_\_\_

## Generelle opplysninger

Terapeut vil ta dine vitale målinger, ellers svar så godt du kan.

Blodtrykk: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_ RF: \_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_

Urinprøve: \_\_\_\_\_ Sink test: \_\_\_\_\_

Blodtype: \_\_\_\_\_ Når tok du blodprøver sist hos din fastlege: \_\_\_\_\_

Er kolesterolverdiene dine normale: \_\_\_\_\_ Er jern/HB normalt: \_\_\_\_\_

Får du lett blåmerker: \_\_\_\_\_ Har du åreknuter: \_\_\_\_\_ Sprengte blodkar: \_\_\_\_\_

Arytmier/hjerteklapp: \_\_\_\_\_ Brystsmerter: \_\_\_\_\_ Angina: \_\_\_\_\_ Smerter/stråler ned mot venstre arm: \_\_\_\_\_ Pustevansker ved bevegelse: \_\_\_\_\_ Blodtrykksfall: \_\_\_\_\_ Svimmel: \_\_\_\_\_

Har du god blodsirkulasjon: \_\_\_\_\_ Mangler du følelser i deler av kroppen: \_\_\_\_\_

Har du ødemer/hevelser noen steder på kroppen, hvor: \_\_\_\_\_

Har du hovne/ømmelige lymfekjertler: \_\_\_\_\_ Blør du lett: \_\_\_\_\_ Hodepine/Migrener: \_\_\_\_\_

Har du eller har du hatt amalgamfyllinger i tennene: \_\_\_\_\_ Har du hatt rotfylling: \_\_\_\_\_

Har du tannkjøttbetennelse: \_\_\_\_\_ Har du soppinfeksjon i munnen: \_\_\_\_\_ Munnsår: \_\_\_\_\_

Bihulebetennelse: \_\_\_\_\_ Ofte tett nese: \_\_\_\_\_ Redusert luktesans over lang tid: \_\_\_\_\_

Har du negl sopp: \_\_\_\_\_ Fotsopp: \_\_\_\_\_ eller sopp andre steder: \_\_\_\_\_

Klør det i endetarmen: \_\_\_\_\_ Forverres dette etter mye inntak av sukker: \_\_\_\_\_

Har du smerter i muskler/ledd: \_\_\_\_\_ Smerter/ømheter i vevet: \_\_\_\_\_

Har du balanse vansker: \_\_\_\_\_ Svake muskler: \_\_\_\_\_ Smerter andre steder: \_\_\_\_\_

Har du noen gang vært i en ulykke: \_\_\_\_\_ Har du brukket noen ben: \_\_\_\_\_

Har du rygg/nakke/skulder/hofteproblemer (hvis ja hva slags): \_\_\_\_\_

Har du hudforandringer eller nyoppstått vonde føflekker: \_\_\_\_\_ Utslett: \_\_\_\_\_ Eksem: \_\_\_\_\_

Psoriasis: \_\_\_\_\_ Nupper/små kviser på overarmene: \_\_\_\_\_ Uren hud: \_\_\_\_\_ Uforklarlig kløe \_\_\_\_\_

Hevelser i halsen: \_\_\_\_\_ Er det vanskelig/vondt å svelge: \_\_\_\_\_

Har du tinnitus/øresus: \_\_\_\_\_ Vondt/klør i ørene: \_\_\_\_\_ Redusert hørsel: \_\_\_\_\_

Synsforstyrrelser eller forandringer av synet: \_\_\_\_\_ Får du ofte sti/infeksjoner i øyet: \_\_\_\_\_

Tørre øyne: \_\_\_\_\_ Tårer fra øynene: \_\_\_\_\_

### Livsstils spørsmål

Har du overskudd/energi i hverdagen: \_\_\_\_\_

Når i løpet av døgnet føler du deg mest sliten: \_\_\_\_\_

Trener du: \_\_\_\_\_ Hvor ofte: \_\_\_\_\_ Hva slags trening: \_\_\_\_\_

Sover du godt: \_\_\_\_\_ Våkner du uthvilt: \_\_\_\_\_

Våkner du opp på natten? Hvor ofte og er det til samme tid hver natt:

\_\_\_\_\_

Sliter du med søvn apne: \_\_\_\_\_ Snorking: \_\_\_\_\_

Røyker/snuser du? \_\_\_\_\_ Hvor mange røyk/snus om dagen: \_\_\_\_\_

Hvor mange alkohol enheter og hva slags drikker du i uka? \_\_\_\_\_

Andre rusmidler? \_\_\_\_\_

Hva er ditt stress nivå? 1 lavest – 10 høyest? \_\_\_\_\_

Hva er kilden til stresset ditt? \_\_\_\_\_

Hvordan føler du deg og hva er ditt typiske humør på en vanlig dag? \_\_\_\_\_

Har du angst: \_\_\_\_\_ Depresjon: \_\_\_\_\_ Personlighetsforstyrrelse: \_\_\_\_\_

Hvordan har dine helseutfordringer forandret livet ditt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hva er ditt helsemål: \_\_\_\_\_

Hva er du villig til å gjøre for at du skal oppnå dette? \_\_\_\_\_

### Viktige opplysninger

**Du må ikke slutte å oppsøke lege eller plutselig slutte med medisiner uten samråd med din lege. Avbestilling av time må skje senest virkedagen før (for mandagstimer må timen avbestilles på fredager), ellers må timen betales fullt av pasienten.**

Sted/dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

**Jeg samtykker herved i at det opprettes journal med personopplysninger for meg, og at det overnevnte er riktig utfylt.**

**(for mindreårige signerer minst en av foreldrene)**

**Takk for at du fylte ut dette skjemaet!**