

SUNDHEDSRAPPORT FOR:

Dato _____

Svar så grundigt du kan. Er der spørgsmål du er i tvivl om, så undlad at svare eller skriv noter.

Ved nogle spørgsmål skal du svare ved at bruge et tal.

Skalaen du skal bruge er fra 1-10. 1 er det laveste niveau og 10 er fuld power/højeste niveau. Sæt X ved det svar, der oftest er korrekt for dig.

Du skal bruge denne sundhedsrapport senere i forløbet.

Hvordan er dit generelle energiniveau? På en skala fra 1-10.		
Hvor sund føler du dig generelt? På en skala fra 1-10		
Hvor glad føler du dig generelt? På en skala fra 1-10		
Hvor god er din koncentration? På en skala fra 1-10		
Hvor stresset føler du dig lige nu? På en skala fra 1-10		
Hvor ofte føler du dig lykkelig, når du går i seng?		
Hvor ofte tager du smertelindrende medicin?		
Hvor meget alkohol drikker du om ugen?		
Hvor ofte har du afføring i løbet af dagen?		
Hvor ofte spiser du grønsager i løbet af en dag? (hvert måltid, 1 x dagligt... etc)		
Hvor meget kaffe drikker du om dagen?		
Hvor meget vand drikker du i løbet af dagen? (ca.)		
Hvor ofte træner du? Og hvor længe af gangen?		
Hvor meget bevæger du dig i løbet af dagen? Angiv ca. antal minutter		
	JA	NEJ
Dykker din energi generelt i løbet af dagen?		
Føler du dig træt, selvom du har sovet i 7-8 timer?		
Har du svært ved at falde i søvn?		
Vågner du i løbet af natten?		

	JA	NEJ
Vågner du i løbet af natten og kan ikke falde i søvn igen?		
Vågner du ofte om natten for at gå på toilettet?		
Er din søvn urolig?		
Har du svedture om natten?		
Har du skæl eller klør hovedbunden?		
Har du udslæt/eksem?		
Klør din hud?		
Klør huden/har eller får du af og til (eller altid) eksem ?		
Har du ofte har du hovedpine?		
Er du ofte snottet?		
Har du influenza eller influenzalign. symptomer flere gange årligt?		
Producerer du meget ørevoks?		
Bøvser du ofte efter et måltid?		
Har du ofte sure opstød/halsbrand?		
Bliver du af og til eller ofte oppustet?		
Bliver din mave større (mere oppustet) i løbet af dagen?		
Har du af og til eller ofte besvær med at komme af med afføring?		
Har du ofte har du løs afføring /diarre?		
Har du ledsmerter? (som ikke skyldes akutte skader som fx en forstuvet ankel)		
Har du muskelsmerter? (som ikke kommer af træning eller anden type aktivitet)		
Spiser du ofte kager, slik, chokolade, chokoladebarer eller tilsvarende?		
Undgår du helst fede fødevarer og fedt i kosten generelt?		
Indtager du kunstige sødemidler (light-produkter)?		

Har du ofte stor salttrang/lyst til salt?		
Har du ofte store humørsvingninger?		
I alt (læg alle ja'er og nej'er sammen)		

Happy Lifestyle
v/ Gritha Smidgaard