

Spørgeskema til kostvejledning

Bedes udfyldt inden konsultationen – og medbringes!

Brug god tid til besvarelsen, kost-dagbogen er over tre dage (se til sidst i skemaet – side 5).

Navn: _____ Fødselsdato: _____ Alder: _____

Stilling: _____ Tlf. nr.: _____

Mobil: _____ e-mail adresse: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Udearbejdende/arbejdstid: _____

Egen læge: _____

Vægt: _____ Højde: _____ Blodtryk _____

Hvor meget indtager du af nedenstående:	Dagligt:	Ugentligt:
Mælk:		
Syrnede mælkeprodukter:		
Ost:		
Æg:		
Juice:		
Æblemost:		
Vand:		
Anden type væske:		
Kaffe m/sukker – u/sukker:		
Alm. te:		
Urtete:		
Kager:		
Øl:		
Vin:		
Alkohol:		
Cigaretter:		
Tobak:		
Slik:		
Fedtstof – type/kvalitet:		

HELBREDSHISTORIE; udfyld kortfattet følgende:

Allergi, høfeber, astma eller andre overfølsomheds-reaktioner:

Hudsygdomme/hudproblemer:

Muskulaturen (smerter/ømhed):

Ledproblemer:

Smerter (fingre/tæer):

Hovedpine:

Kolde hænder/fødder:

Betændelsestilstande (hvornår, hvor og hvor længe):

Urinveje (blære/nyrer):

Sveder (meget/lidt):

Mave (uro, for meget/for lidt mavesyre):

Tarm (uro/luft o.s.v.):

Tarmfunktionen (afføringshyppighed, farve/lys afføring, konsistens):

Vandladning:

Menstruation (regelmæssighed, smerter, hvor kraftig):

Udflåd fra skeden:

Klimakteriebesvær:

Svampeinfektion:

Kløe i mundhule, øre, øjne:

Slim i halsen:

Prostata-besvær (hvor lang tid):

Traumer (følelsesmæssige/psykiske – ulykker, fødsler, aborter, dødsfald, mobning mm.):

Tidligere alvorlige sygdomme:

Operationer (årstal):

Operationsår:

Kroniske/alvorlige sygdomme i familien:

Ubalancer i tidlig barndom (infektioner, øreproblemer, hudirritation, fordøjelse – evt. behandling):

Socialt (samvær med familie, venner, arbejdsmiljø, boligmiljø o.s.v.):

Motion:

Trang til bestemt smag (sødt, salt, surt eller krydret):

Symptomer i bestemt klima (forværring/forbedring):

Afhængigheder:

Andre stress faktorer:

Symptomregistrering; sæt kryds ud for det, der passer: (Ved mindre symptomer kan du evt. sætte en streg).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stort forbrug af/eller trang til sukker, søde drikke m.m. | <input type="checkbox"/> Stresset. |
| <input type="checkbox"/> Bliver bedre af at spise lidt, bare en kiks eller lignende. | <input type="checkbox"/> Trang til salte ting. |
| <input type="checkbox"/> Bliver dårlig, hvis jeg ikke får maden til tiden. | <input type="checkbox"/> Spiser jævnligt fastfood. |
| <input type="checkbox"/> Stærk tørst. | <input type="checkbox"/> Spiser dybfrosset frugt og grøntsager. |
| <input type="checkbox"/> Trang til alkohol. | <input type="checkbox"/> Bruger jævnligt hvidt sukker/produkter, der indeholder hvidt mel. |
| <input type="checkbox"/> Mathed. | <input type="checkbox"/> Spiser ensidigt. |
| <input type="checkbox"/> Rysten (indre uro, sitren). | <input type="checkbox"/> Salter maden meget. |
| <input type="checkbox"/> Depression, gråt humør. | <input type="checkbox"/> Koger grøntsager, indtil de er bløde. |
| <input type="checkbox"/> Grædelyst. | <input type="checkbox"/> Spiser ofte på restaurant. |
| <input type="checkbox"/> Forvirring. | <input type="checkbox"/> Bor i eller nær storby med forureningsproblemer. |
| <input type="checkbox"/> Manglende koncentrationsevne. | <input type="checkbox"/> Får ikke tilstrækkelig søvn, og er træt når jeg vågner. |
| <input type="checkbox"/> Ængstelse. | <input type="checkbox"/> Kan lide og spiser frittet mad. |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhed. | <input type="checkbox"/> Har skøre fingernegle. |
| <input type="checkbox"/> Søvnløshed. | <input type="checkbox"/> Har slapt og skørt hår. |
| <input type="checkbox"/> Besvimelse. | <input type="checkbox"/> Bliver ofte forkølet. |
| <input type="checkbox"/> Irritabilitet. | <input type="checkbox"/> Tendens til at få forkølelsessår. |
| <input type="checkbox"/> Manglende sexuel lyst (kvinder og mænd). | <input type="checkbox"/> Håret er i dårlig forfatning, lige meget hvad jeg gør. |
| <input type="checkbox"/> Impotens (manglende seksuel formåen, mænd). | <input type="checkbox"/> Har/har haft øm tunge. |
| <input type="checkbox"/> Kramper. | <input type="checkbox"/> Ankler hæver sidst på dagen. |
| <input type="checkbox"/> Infiltrationer. | <input type="checkbox"/> Får sår i munden, eller mundvigene. |
| <input type="checkbox"/> Koldsved. | <input type="checkbox"/> Blødende gummer, når jeg børster tænder. |
| <input type="checkbox"/> Natlige mareridt. | <input type="checkbox"/> Ser dårligt ved svagt lys. |
| <input type="checkbox"/> Hjertebanken. | <input type="checkbox"/> Kan ikke lide at køre bil, når det er mørkt. |
| <input type="checkbox"/> FOBI fx angst for åbne pladser (eller små rum, visse dyr, visse situationer). | <input type="checkbox"/> Øjnene svier/løber i vand, når jeg går fra mørke til lys. |
| <input type="checkbox"/> Forstoppelse. | <input type="checkbox"/> Har problemer med at gå ned i vægt, når jeg ønsker det. |
| <input type="checkbox"/> Overvægt. | <input type="checkbox"/> Har ofte tankeflugt. |
| <input type="checkbox"/> Svært ved at holde vægten. | <input type="checkbox"/> Har kredsløbsforstyrrelser. |
| <input type="checkbox"/> Får let blå pletter efter slag. | <input type="checkbox"/> Har åndedrætsbesvær. |
| <input type="checkbox"/> Øm i venstre side af maven omkring ribbenskanten. | <input type="checkbox"/> Lider af hukommelsestab. |
| <input type="checkbox"/> Træthed, manglende energi. | <input type="checkbox"/> Nedsat lugte/smagssans. |
| | <input type="checkbox"/> Let modtagelig for infektioner. |
| | <input type="checkbox"/> Sår heler meget langsomt. |

Symptomer/problemer; i prioriteret rækkefølge:

Diagnose – lægens eller egen:

Appetit:

Fødevarer, der ikke tåles:

Medicin-behandling: (Angiv tidligere eller nuværende behandling samt hvor lang tid denne har varet)

Smertestillende medicin:

Afførende medicin:

Har anvendt P-piller eller andre hormontilskud:

Binyrebarkhomon – prednisolon o.s.v.:

Sovemedicin:

Nervemedicin / antidepressiva m.v.:

Vanddrivende medicin:

Antibiotika:

Anden medicin:

Vitamin-, mineral- og urteterapi (egen):

Har du været på diæt tidligere?:

Hvor længe/med hvilken effekt:

Øvrig behandling (lægelig/alternativ):

3-dages kostregistrering

Navn:

Dato:

Skriv alt hvad der spises og drikkes inkl. slik og o.lign. for 3 almindelige dage (altså ikke fødselsdage o.lign.). Beskriv også hvor meget der indtages (fx 2 halve stk. rugbrød med skrabet smør, 1 skive 30 % ost, makrel i tomat, 1 mellemstor gulerod og 2 cherry tomater).

	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Morgenmad:			
Mellemmåltid:			
Frokost:			
Mellemmåltid:			
Aftensmad:			
Senere:			
Andet:			

HVIS du har komplicerede/ komplekse/langvarige helbredsproblemer er dette Metabolic Screening Questionnaire –skema en hjælp til at vurdere hvor du er mest belastet, så det må gerne udfyldes i de situationer.

Navn	Dato	Uge	
0 = Jeg har aldrig eller næsten aldrig disse symptomer 1 = Jeg har disse symptomer af og til, men de er lette 2 = Jeg har disse symptomer af og til, og de er svære 3 = Jeg har disse symptomer ofte, men de er lette 4 = Jeg har disse symptomer ofte, og de er svære 1. test: Bedøm, hvordan du har haft det de sidste par måneder efter ovenstående skala. 2. og efterfølgende test: Bedøm, hvordan du har haft det de sidste 48 timer efter ovenstående skala			
Hovedet	Hovedpine		Total:
	Besvimelse		
	Svimmelhed		
	Søvnbesvær		
Øjne	Væskende og kløende øjne		Total:
	Mørke ringe eller poser		
	Hævede, røde eller kløende øjenlåg		
	Dobbelt syn eller tåget syn (ikke lang- eller nærsyn)		
Ører	Kløen i ørerne		Total:
	Ondt i ørerne, øreinfektioner		
	Væskende ører		
	Nedsat hørelse, ringen		
Næse	Forstoppelse		Total:
	Problemer med slimhinder		
	Høfeber		
	Nyseanfald		
	Problemer med slim i næsen		
Mund og svælg	Kronisk hoste		Total:
	Harken, slim i halsen		
	Ømt svælg, hæshed, mister stemmen		
	Hævet / misfarvet tunge, tandkød, læber		
	Mundbetændelse		
Hud	Acne		Total:
	Nældefeber, eksem el. tørhed		
	Hårtab		
	Rødmen eller røde pletter		
	Unormal stærk sveden		
Hjerte	Uregelmæssige eller overspringende hjerteslag		Total:
	Hurtige og hamrende hjerteslag		
	Smerter i brystet		
Subtotal (overfør til næste side):			

Subtotal (overført fra forrige side)			
Lunger	Trykken for brystet		Total:
	Astma, bronkitis		
	Åndenød		
	Vanskeligheder ved at ånde		
Fordøjelse	Ildebefindende eller opkastning		Total:
	Diarré		
	Forstoppelse		
	Følelse af oppustethed		
	Opstød eller luft		
	Halsbrand		
	Tarm- eller mavepine		
Muskler og led	Ømhed og smerter i led		Total:
	Rheumatisme		
	Stivhed eller begrænset bevægelighed		
	Ømhed og smerter i muskler		
	Følelse af svaghed og træthed		
Vægt	Stort behov for mad og drikke		Total:
	Overvægt		
	Tvangsspising		
	For meget vand i kroppen		
	Undervægt		
	Dagligt behov for særlige fødevarer		
Energi og aktivitet	Træthed, sløvhed		Total:
	Apati, langsomhed		
	Hyperaktivitet		
	Rastløshed		
Tankevirksomhed	Sløret tale		Total:
	Indlæringsvanskeligheder		
	Forvirring, dårlig opfattelsesevne		
	Dårlig fysisk koordination		
	Koncentrationsvanskeligheder		
	Dårlig hukommelse		
	Stammen, hakkende tale		
	Vanskeligheder ved at træffe beslutninger		
Følelser	Svingende humør		Total:
	Angst, frygt eller nervøsitet		
	Vrede, irritation, aggressivitet		
	Depression		
Øvrigt	Ofte syg		Total:
	Tissetrang, ofte og omgående		
	Kløen, evt. udflåd ved kønsorganerne		
Total:			