

# Egenjournal

Datum \_\_\_\_\_

Kvinna  Man

Född år \_\_\_\_\_ månad \_\_\_\_\_ dag \_\_\_\_\_ nummer \_\_\_\_\_

Efternamn \_\_\_\_\_ Förnamn \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefonnr hem \_\_\_\_\_ Mobilnr \_\_\_\_\_

Telfonnr arbete \_\_\_\_\_ Mailadress \_\_\_\_\_

Närmast anhörig \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefonnr dagtid \_\_\_\_\_ Mobilnr \_\_\_\_\_

**Nu aktuell huvudsjukdom / sjukdomar** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**När debuterade sjukdomen?** \_\_\_\_\_

**Vilka skolmediciner eller andra konventionella behandlingar har Du fått?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pågående läkemedelsmedicinering och dosering? (Bifoga gärna lista)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Resultat härav?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Känd överkänslighet av skolmediciner?** \_\_\_\_\_

**Tidigare sjukdomar och ev. operationer?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vilka alternativa terapier och/eller kosttillskott använder Du nu? (Bifoga gärna lista.) \_\_\_\_\_

---

---

---

Resultat härav? \_\_\_\_\_

---

---

Finns någon av nedanstående sjukdomar i släkten?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma, allergi    | <input type="checkbox"/> Högt blodtryck                 | <input type="checkbox"/> Struma (sköldkörtelbesvär) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Lågt blodtryck                 | <input type="checkbox"/> Tumörsjukdomar             |
| <input type="checkbox"/> Hjärt-kärlproblem | <input type="checkbox"/> Psoriasis                      | <input type="checkbox"/> Ämnesomsättnings-sjd       |
| <input type="checkbox"/> Hudproblem, eksem | <input type="checkbox"/> Reumatiska besvär, fibromyalgi |   |

*Följande frågor avser de senaste två åren:*

**Hur fungerar mage och tarm?**

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blod i avföringen   | <input type="checkbox"/> Gallbesvär         | <input type="checkbox"/> Halsbränna |
| <input type="checkbox"/> Dagliga tarmtömningar   | <input type="checkbox"/> Gasbildning        | <input type="checkbox"/> Sveda      |
| <input type="checkbox"/> Diarréer Om ja, <input type="checkbox"/> gul <input type="checkbox"/> brun <input type="checkbox"/> annat _____ | <input type="checkbox"/> Sura uppstötningar |                                     |
| <input type="checkbox"/> Tarmtömningar per vecka _____ ggr   |   |                                     |

---

Diabetes, typ \_\_\_\_\_ Debut \_\_\_\_\_

Tänder sanerade? När? \_\_\_\_\_

Beskriv eventuella förändringar i Ditt hälsotillstånd före och efter saneringen: \_\_\_\_\_

---

Om tänderna ej är sanerade, finns

- Amalgamfyllning       Guld       Stifttänder       Bryggor       Annat \_\_\_\_\_

**Har Du haft problem med återkommande infektioner?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bihåleinflammation, år _____ | <input type="checkbox"/> Lunginflammation, år _____      | <input type="checkbox"/> Öroninflammation, år _____ |
| <input type="checkbox"/> Halsfluss, år _____          | <input type="checkbox"/> Underlivsinflammation, år _____ | Övrigt _____  |
| <input type="checkbox"/> Ledinflammation, år _____    | <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion, år _____     | _____   |

### Har du haft problem med...

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergi, år _____           | <input type="checkbox"/> Knölros, år _____       | <input type="checkbox"/> Ringorm/revorm, år _____    |
| <input type="checkbox"/> Bältros, år _____           | <input type="checkbox"/> Körtelfeber, år _____   | <input type="checkbox"/> Svampinfekt. i underlivet _ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi, år _____          | <input type="checkbox"/> Medvetslöshet, år _____ | <input type="checkbox"/> Vätska i buken (Ascites) __ |
| <input type="checkbox"/> Klåda hårbotten, år _____   | <input type="checkbox"/> Munsår, år _____        | <input type="checkbox"/> Vätska i lungsäcken _____   |
| <input type="checkbox"/> Klåda analöppning, år _____ |  |  |

---

### Har Du problem med...

- Huvudvärk, om ja beskriv värken och var den är \_\_\_\_\_
- |                                  |                                     |                                   |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ledvärk | <input type="checkbox"/> Muskelvärk | <input type="checkbox"/> Ryggvärk | <input type="checkbox"/> Stickningar/domningar |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|

---

### Urinvägarna

- |  |                                       |  |                                      |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inga problem              | <input type="checkbox"/> Illaluktande | <input type="checkbox"/> Mörkfärgad          | <input type="checkbox"/> Ljulfärgad  |
| <input type="checkbox"/> Blodfärgad                | <input type="checkbox"/> Sveda        | <input type="checkbox"/> Svårt att hålla sig | <input type="checkbox"/> Trängningar |
| <input type="checkbox"/> Igångsättningssvårigheter |                                       | <input type="checkbox"/> Natliga urinerings  |                                      |

---

### Kvinna

#### Menstruationen?

Tid från menstruationens första dag till nästa menstruations början, antal dagar: \_\_\_\_\_

- Blödning:**
- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klimpig och mörk | <input type="checkbox"/> Smärtsam |
| <input type="checkbox"/> Oregelbunden     | <input type="checkbox"/> Sparsam  |
| <input type="checkbox"/> Riklig           |                                   |

#### Besvär under någon del av menscykeln?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Före menstruationen | <input type="checkbox"/> Efter menstruationen |
|--|---|

#### Använder Du, eller har Du använt p-piller, hormonstav eller hormonspiral?

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, under åren _____ | <input type="checkbox"/> Nej |
|---|------------------------------|

---

### Man

#### Prostata – urinering?

- |                                     |                                       |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Efterdropp | <input type="checkbox"/> Inga problem | <input type="checkbox"/> Täta urinerings |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|

---

Är Du  Rökare  Snusare Konsumtion/dag \_\_\_\_\_ Började år \_\_\_\_\_

Alkoholkonsumtion? \_\_\_\_\_

Din längd \_\_\_\_\_ Din vikt \_\_\_\_\_

**Kost**

Normalkost                       Lakto/ovo vegetarian                       Vegetarian                       Vegan

Annat \_\_\_\_\_

Allergi eller intolerans, beskriv \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Nuvarande och tidigare yrken** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Försök svara så fullständigt som möjligt på följande:**

	Ja	Nej
Mår bra, symtomfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärre symtom på sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiviteten nästan normal, dagliga symtom på sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver extra vila dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver hjälp med personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialvård och -stöd behövs (om ja, beskriv kort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sjukhusvård helt nödvändig. Ständigt stödjande behandling och vård behövs  Ja  Nej

Tekniska hjälpmedel behövs (rullstol o dyl)  Ja  Nej

Vilka hjälpmedel används \_\_\_\_\_

**Ange här nedan om det är något ytterligare som Du vill rapportera om Din sjukdom:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Önskad tidpunkt för behandling** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_