

Kosthållning

Makera de måltider du äter regelbundet: Frukost Lunch Mellanmål Middag Kvällsmat

Ange i % hur dina måltider intas: hemlagat av färska råvaror ___% ekologiskt ___%

hemlagat av hel-och halvfabrikat ___% äter ute ___%

Markera med en siffra hur ofta du äter eller dricker följande PER VECKA:

___ läsk (vanlig)

___ Snabbmat

___ Gröna blad

___ Frukt

___ läsk (light)

___ Godis

Vilka sorter:

Vilka sorter:

___ Rött vin

___ Glass

___ Vitt vin

___ Choklad

___ Öl

___ Kräm

___ Stark sprit

___ Kakor

___ Svart te

___ Tonfisk i vatten

___ Grönt te

___ Tonfisk i olja

___ Råa grönsaker

___ Bär

___ Örtte

___ Sushi/sashimi

Vilka sorter:

Vilka sorter:

___ Kaffe

___ Lax/annan fisk

___ Kaffe (koffeinfritt)

___ Råkor

___ Har socker i kaffet

___ Musslor

___ Kaffedrinkar/Latte etc

___ Bacon

___ Sötade drycker tex saft

___ Varmkorv

___ Kolsyrat vatten

___ Ägg eko

___ Renat vatten

___ Ägg övriga

___ Kokta grönsaker

___ Säd (tex hirs, bovete, quinoa)

___ Kranvatten

___ Köttpålugg/skinka

Vilka sorter:

Vilka sorter:

___ Fruk juice färdig

___ Leverpastej

___ Fruk juice egenpressad

___ Nötkött

___ Komjolk

___ Viltkött

___ Getmjolk

___ Griskött

___ Sojamjolk

___ Kyckling

___ Rismjolk

___ Kalkon

___ Syrade grönsaker

___ Bönor/linser

___ Nötmjolk

___ Tofu

___ Tomat

Vilka sorter:

___ Sötad fruktyoghurt/fil

___ Qourn

___ Potatis

___ Naturell yoghurt/fil

___ Temphe

___ Pommes frites

___ Hårdost

___ Miso

___ Sötpotatis

___ Dessertostar

___ Natto

___ Popcorn

___ Mjukost

___ Frukostflingor

___ Fetaost/Get-fårost

Sötningsmedel:

___ Vitt bröd

___ Creme fraish

___ Aspartam

___ Rågbröd

___ Kvarg

___ Sukralos

___ Groddat bröd

___ Sackarin

___ Kex, knäckebröd

Hur mycket vanligt vatten dricker du under en dag:

___ Xylitol

___ Pasta

___ Liter/glas

___ Stevia

___ Vitt ris

___ Torkad frukt

___ Råris

___ Torkad frukt eko

___ Majsbröd/tortillias

___ Färsk frukt

___ Vetetortillias

___ Färsk frukt eko

___ Potatichips

___ Sylt/marmelad

___ Tacochips/bröd

___ Ketchup

___ Pizza

___ Honung

___ Bulgur

___ Agavesirap

___ Couscous

Äter du enligt något speciellt diet etc. LCHF, 5:2, GI, Nutrilett, Atkins, Cambridge, Viktväktarna:

Ja: _____

Sedan hur länge: _____

Får du reaktioner av viss mat du äter – vilken mat:

Vilken sorts reaktioner får du:

Hur lång tid efter du börjat äta uppstår dem:

Har du provat utesluta viss mat - vilken sorts mat:

Äter du mestadels Varm Kall mat

Fetter och oljor

Ange med siffror hur många gånger PER VECKA du äter följande:

Omega 9 (stabiliserande) upp till 50% av det dagliga intaget av fetter Oljesyra	___ Mandelolja ___ Mandel/casheewnötter ___ Mandelsmör ___ Avokado ___ Jordnötter ___ Jordnötssmör eko	___ Oliver ___ Olivolja ___ Sesamfrön/Tahini ___ Hummus ___ Macadamianötter ___ Pinjenötter
Omega 6 (kontrollerade) Essentiell fettsyra LA > GLA > DGLA > AA Upp till 30% av dagliga intaget av fetter	___ Eko ägg (AA) ___ Ekokött (AA) ___ Vanligt kött (AA) ___ Pekannötter naturella ___ Hasselnötter naturella ___ Hampa frön	___ Nattljusolja (GLA) ___ Svart vinbärsolja (GLA) ___ Gurkörtolja (GLA) ___ Hampolja ___ Vindruvskärneolja ___ Solrosfrön naturella ___ Pumpafrön naturella
Omega 3 (mjukgörande/kommunikatör) Essentiell fettsyra ALA > EPA > DHA Upp till 10% av dagliga intaget av fetter	___ Fiskolja kapslar: ↑DHA ___ Fiskolja kapslar: ↑EPA ___ Fisk (lax/torsk/makrill) ___ Skaldjur ___ Linfrön	___ Linfröolja ___ Alger ___ Algolja ___ Algpulver ___ Chiafrön
Mättat fett (struktur) Kort-mediumlånga triglycerider Upp till 10% av dagliga intaget av fetter	___ Kokosolja ___ Eko smör ___ Ghee ___ Ekologiska opastör mejerier	___ Kött, eko gräsätande ___ Viltkött ___ Eko kyckling ___ Eko ägg
Transfett (stressar celler och vävnader) Max 5% av dagliga intaget av fetter, helst undvika	___ Margarin ___ Majonäs ___ Tempura ___ Vanliga vegetabilisk olja (solros, raps, majs) ___ Friterade munkar	___ Friterad mat ___ Chips ___ Vanlig salladsdressing ___ Jordnötssmör vanligt ___ Rostade nötter ___ Rostade frön

Livsstil/hälsa

Daglig stress – ange på en skala 1 (låg) till 10 (hög) <input type="checkbox"/> Jobbet ___ <input type="checkbox"/> Familj ___ <input type="checkbox"/> Socialt ___ <input type="checkbox"/> Ekonomiskt ___ <input type="checkbox"/> Hälsomässigt ___ <input type="checkbox"/> Hobby ___ <input type="checkbox"/> Annat: _____ Arb.tider: <input type="checkbox"/> regelbundna <input type="checkbox"/> skift <input type="checkbox"/> oregelbundna Antal arb.tim i snitt/vecka: _____
Familj <input type="checkbox"/> singel <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> sambo Barn – antal/ålder: _____ Trivsel i privatlivet: <input type="checkbox"/> mkt bra <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> mkt oro
Hur ofta reser du: <input type="checkbox"/> ofta <input type="checkbox"/> sällan <input type="checkbox"/> aldrig Vilka länder har du besökt de senaste 5 åren?(senast först) - - Har du blivit sjuk på någon resa – vilka symtom: _____
Tobaksvanor <input type="checkbox"/> röker <input type="checkbox"/> snusar <input type="checkbox"/> nikotintuggummi Mängd/dag: _____ Hur länge har du hållit på: _____ Har du försökt sluta: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Vid ja - vad är det som förstör för dig: _____ Utsätts du för rök från andra regelbundet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att somna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilket betyg skulle du ge din sömnkvalitet: dålig kvalitet 1 2 3 4 5 bra kvalité Läggdags: vardag: _____ helger: _____ Vaknar: vardag: _____ helger: _____ Antal timmars sömn under vardagar: _____ helger: _____ Vaknar du under natten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja – hur många gånger: _____ Vid vilka tidpunkter: _____

Energinivå: jämn ojämn över dagen hyperaktiv alltid trött utmattad – vill helst vila/sova

Piggast på: morgon förmiddag eftermiddag kväll aldrig **Lätt att vakna på morgonen:** Ja Nej

Sinne: dåligt minne dålig koncentration dålig inläring obeslutsam svårt för förändringar dåligt tålamod

Övrigt:

Känslor: humörsvingningar brusar lätt upp brusar aldrig upp långsint skrattar när jag är nervös/orolig

ångest rädsla nervositet nedstämdhet irritation frustration oro gråter lätt

Immunförsvar: infektionskänslig får lätt förkylningar som sitter i länge bihåleproblem

Får du feber när du blir sjuk: Ja Nej **Övrigt:**

Mage/tarm: gaser diarré förstoppning illamående uppsvälld ingen aptit på morgon/lunch/kväll

klåda i ändtarm sura uppstötningar smärta i magen vaknar hungrig under natten

När får du symtomen: före mat efter mat vid stor måltid vid sen måltid om du hoppar över måltid

Avföring: hård mjuk lös vattnig kladdig flytande sjunker ljus mörk blodig luktar illa

Tarmtömning: antal ggr/vecka: **Antal ggr/dag:**

Urin: hur många gånger per dag kissar du i genomsnitt: **Har du regelbundet urinvägsinfektioner:** Ja Nej

Behöver du gå upp och kissa på natten: Nej Ja – antal gånger: **Gör det ont att urinera:** Ja Nej

Färg på ditt urin: ljus mörk starkt gul blodig **Lukt:** svag stark

Kvinnor - hormoner

Menstruation: riklig obefintlig regelbunden oregelbunden **Menscykelns längd (tex 27 dagar):** **Senaste menslut:**

Blöder antal dagar: **Har du mensvärk:** Ja Nej **Blir du svullen:** Ja Nej

PMS symtom: gråtmild sänkt självförtroende aggressiv ömma bröst stort sötsug depression/nedstämd

Klimakteriet: svettningar benskörhet sköra slemhinnor minskad behåring minskad sexlust

Andra hormonella symtom: IVF Försöker bli gravid Missfall

Män - hormoner

Prostata: normal förstorad ej kollat **Sexlust:** önskvärd nedsatt **Erektion:** önskvärd försämrad

Menopausymtom: svettningar benskörhet förlust av muskelmassa minskad behåring minskad sexlust

Skelett/muskler/tänder

Leder: smärta stelhet svullen inflammation förslitningar nedsatt rörlighet **Övrigt:**

Vilka kroppsdelar är drabbade:

Muskler: smärtor stelhet ömhet kramper svaghet styrka restless legs **Övrigt:**

Var på kroppen sitter muskelproblemen:

Tänder - typ av fyllningar: plast porslin amalgam antal:..... guld rotfyllningar antal:..... inga lagningar

Har du problem med: tandgnissel tandlossning tandvärk inflammerat tandkött blödande tandkött

Använder du: tandkräm med flour munskölj med flour flourtabletter flourad tandtråd tandkräm utan flour

Cirkulation – händer/fötter blir lätt: vita kalla varma svullna **Domnar av vid:** varmt väder kallt väder

Känner du dig kroppsligen: kall – men blir varm med kläder frusen varm växlar mellan kall och varm

Hår: torrt fett håravfall bra kvalitet färgar regelbundet har blivit tunnare senaste året

Naglar: starka spröda mjuka räfflade går lätt av vita fläckar på mer än 2 naglar svamp

Hud: acne bölder utslag torr fet sårig svampig svettas lätt får lätt blåmärken långsam sårhäkning

Var på kroppen har du symtom:

Är du regelbundet utsatt för något av nedan?

<input type="checkbox"/> Cigarettök	<input type="checkbox"/> Parfym	Vad jobbar du med?
<input type="checkbox"/> Bilavgaser	<input type="checkbox"/> Målarfärg	
<input type="checkbox"/> Kemtvättade kläder	<input type="checkbox"/> Mögel	Notera eventuella skadliga ämnen du regelbundet utsätts för:
<input type="checkbox"/> Nagellack	<input type="checkbox"/> Bekämpningsmedel	
<input type="checkbox"/> Hårfärg	<input type="checkbox"/> Konstgödsel	Notera eventuella dåtida skadliga ämnen du vet att du har utsatts för tidigare:
<input type="checkbox"/> Teflonstekpannor	<input type="checkbox"/> Djuravföring	
<input type="checkbox"/> Aluminiumgrytor	<input type="checkbox"/> Kemikalier	Har ni vatten ur egen brunn: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Tungmetaller		
Har ni Wifi hemma: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Har ni Wifi på jobbet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Hur ofta ägnar du dig åt fysisk aktivitet eller annan sorts träning – sätt ett kryss per dag du utför något av nedan angivna aktiviteter:

Aktivitet	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Promenad mer än 30 min							
Löpning – antal km:							
Styrketräning							
Yoga, Qi Gong etc							
Meditation							
Övrigt:							

Har du nyligen tagit några prover hos läkare som du har resultaten på t.ex. blodtryck, blodvärd, Hb, B12, kolesterol, sköldkörtel

Ta med dig BankID på din mobil så vi kan logga in på www.1177.se så jag kan få se dem – mycket viktigt!

Om du känner dig stressad i ditt liv – vilka 1-3 delar av ditt liv stressar dig mest?

- 1.
- 2.
- 3.

Hur motiverad är du att förändra din situation på en skala 1-5 när det gäller följande (5 betyder väldigt motiverad):

Ändra din kosthållning	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Ändra din livsstil (jobbkrav, sömn, träning etc.)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Göra regelbundna avslappningsövningar	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Utföra regelbunden träning/fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Göra regelbundna tester för att följa din hälsoutveckling	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Vad ser du som ditt/dina största hinder för att du inte ska lyckas ändra din situation (t.ex. familj, vänner, jobb, ekonomin):

Morgontemperatur:

Dag 1: Dag2: Dag3: Dag4:

Tack för att du tar dig tid att fylla i våra frågor – några till kommer på nästa sida.

Matdagbok – dagligt intag

Ät som vanligt när du fyller i din matdagbok. Även det du dricker. Samt hur du mår efteråt i kolumnen mående t.ex. pigg, trött, gasig osv.

Försök uppskatta ungefär hur mycket du äter/dricker av varje livsmedel.

Var noggrann när du fyller i och skriv vilket märke det är på exempel bröd, flingor eller hel/halvfabrikat.

Ange alla ingredienser om du ätit en gryta eller blandade rätter. Även använda sorters fetter.

Glöm inte att skriva ner alla mellanmål och snacks.

Skriv matdagbok i 3 dagar. Minst en dag ska vara helst en helgdag.

Spara dagboken för din egen skull och se dina förändringar över tid.

Exempel på hur du fyller i:

Klockslag	Mängd/antal	Vad jag åt	Mående
07.30	2dl	A-fil 3%	
	1dl	Frebaco bärmusli	
	3dl	Friggs kamomillte	Gasig
	0,5dl	Oatley havremjök 1,5%	Trött
9.30	1st	Banan	Pigg
11.45	1st	Dubbel Whopper med sallad, lök, gurka	Illamående
	1msk	Ketchup	
	2dl	Loka citron	
	1,5dl	Varm choklad från automat	
Totalt:			

Det är viktigt att du reflekterar och fyller i så noga du kan.

Hälsomottagningen
Oliven 
Din hjälp till en bättre hälsa

