EIR VITAE

Hälsodeklaration & Sjukdomshistorik

Fylls i innan besöket.
Alla uppgifter behandlas konfidentiellt och används för att anpassa rådgivningen.

---

1. Personuppgifter

Namn:
Födelsedatum:
Adress:
Telefonnummer:
E-postadress:

2. Allmänt

Kön: ☐ Kvinna ☐ Man ☐ Annat
Längd (cm):
Vikt (kg):
Hur ser din allmänna hälsa ut just nu?
(Ex. energinivåer, sömn, stress, återhämtning)

3. Sjukdomshistorik

Har du fått några diagnoser av sjukvården?
(Skriv både tidigare och nuvarande, samt årtal om du minns.)

Har du haft följande sjukdomar eller tillstånd?
Markera det som stämmer:

- ☐ Autoimmuna sjukdomar
- ☐ Sköldkörtelproblem
- ☐ Diabetes
- ☐ Hjärt-/cirkulationsproblem
- ☐ Infektioner (t.ex. borrelia eller andra fästingburna infektioner)
- ☐ Astma/allergier
- ☐ Mag-/tarmbesvär
- ☐ Neurologiska symtom
- ☐ Depression/ångest
- ☐ Utmattning
- ☐ Smärta/värk (ange var:)
- ☐ Övrigt:

4. Symtom (nuvarande)

Markera det som stämmer:

- ☐ Trötthet/utmattning
- ☐ Sömnbesvär
- ☐ Huvudvärk eller migrän
- ☐ Värk i muskler/leder
- ☐ Hjärndimma
- ☐ Yrsel
- ☐ Andningsbesvär
- ☐ Mag-/tarmbesvär (beskriv:)
- ☐ Hudbesvär
- ☐ Hormoniella besvär
- ☐ Ångest/oro
- ☐ Hjärtklappning
- ☐ Feberkänsla/nattsvettningar
- ☐ Stickningar/domningar
- ☐ Övriga symtom:

Fästingbett (färre än 50% minns bettet, eller får/ser utslaget)

- Utslag där fästing bitit dig
- Positivt borreliatest, blodprov - ELISA
- Positivt borreliatest, CNS - ELISA ryggmärgsvätska

(Observera att du kan ha negativa provsvar och ändå vara borreliainfekterad)

5. Mediciner och kosttillskott

Lista nuvarande mediciner (namn, dos, hur länge):

Lista kosttillskott du tar regelbundet:

6. Livsstil

Hur ser din kosthållning ut?
(Beskriv kort)

Hur är din sömn?

- Mycket bra
- Godkänd
- Dålig
- Mycket dålig

Hur mycket stress upplever du i vardagen?

- Låg
- Måttlig
- Hög
- Mycket hög

Rörelse/träning per vecka:

- Ingen
- 1–2 dagar
- 3–4 dagar
- 5+ dagar

7. Tidigare behandlingar

Har du genomgått andra behandlingar? (t.ex. antibiotika, terapi, fysioterapi, naturmedicinska behandlingar)
Skriv vilka, och om de hjälpte.

8. Allergier eller överkänslighet

9. Övrigt du vill att jag ska känna till

10. Mätvärden (fylls i av Eir Vitae vid besök)

Blodtryck: _____
Puls: _____
Kroppstemperatur: _____
Eventuella övriga fynd:

© 2025 **Eir Vitae – Janna Strandli**
Detta dokument är skyddat enligt upphovsrättslagen (SFS 1960:729).
Ingen del av detta material får reproduceras, lagras i informationssystem eller överföras,
i någon form eller med några medel – elektroniska, mekaniska, fotokopiering
eller på annat sätt – utan skriftligt tillstånd från upphovsrättsinnehavaren.