

Patientkort

Datum: _____

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Ort: _____

Tel. dagtid: _____

Tel. kvällstid: _____

Mobiltelefon: _____

Födelsedatum: _____

e-mail-adress: _____

Yrke el. dylikt: _____

Rekommenderad av: _____ Blodgrupp: 0 A B AB

Mina symtom är:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Jag har följande diagnostiserade sjukdomar/sjukdomssymtom:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Följande ärftliga sjukdomar finns i familjen / släkten:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Mitt mål med behandlingen är: _____

Jag sover normalt _____ timmar per natt.

Fyll i antal timmar som du i regel sover per natt.

Jag har regelbunden / oregelbunden tarmtömning. Antal ggr per vecka: _____

Stryk under det som stämmer bäst och fyll i antal.

Jag har tidigare haft någon form av cancer: Ja / Nej.

Stryk under det som stämmer bäst.

Jag tar följande mediciner: _____

Jag tar följande kosttillskott: _____

Övrigt som jag vill meddela (t ex olyckor, sträckningar, "livskriser" etc.):
