

## Frågeformulär för avgiftningsbehov-FAB

Namn \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Gradera var och en av följande symtom baserat på din typiska hälsoprofil de senaste 30 dagarna.

### Poängskala:

0 = Har aldrig eller sällan haft symtomen

1 = Tillfälliga, lindriga symtom

2 = Tillfälliga, svåra symtom

3 = Regelbundna, lindriga symtom

4 = Regelbundna, svåra symtom

### Huvud

\_\_\_\_\_ Huvudvärk

\_\_\_\_\_ Matthet

\_\_\_\_\_ Yrsel

\_\_\_\_\_ Sömnrubbingar

Summa \_\_\_\_\_

### Hud

\_\_\_\_\_ Akne

\_\_\_\_\_ Utslag, eksem, torr hud, klåda

\_\_\_\_\_ Rodnader, vallningar

\_\_\_\_\_ Överdriven svettning

Summa \_\_\_\_\_

### Ögon

\_\_\_\_\_ Vattniga eller kliande ögon

\_\_\_\_\_ Svullna, röda eller stickande

\_\_\_\_\_ Påsar eller mörka ringar under ögonen

\_\_\_\_\_ Suddig syn eller tunnelseende

Summa \_\_\_\_\_

### Hjärta

\_\_\_\_\_ Oregelbundna eller missade hjärtslag

\_\_\_\_\_ Snabba eller dunkande hjärtslag

\_\_\_\_\_ Bröstmärta

Summa \_\_\_\_\_

### Öron

\_\_\_\_\_ Kliande öron

\_\_\_\_\_ Smärtande öron, öroninfektioner

\_\_\_\_\_ Rinnande öron

\_\_\_\_\_ Ringningar i öronen, dålig hörsel

Summa \_\_\_\_\_

### Lungor

\_\_\_\_\_ Slembildning eller blodstockning

\_\_\_\_\_ Astma, bronkit

\_\_\_\_\_ Andnöd

\_\_\_\_\_ Andningssvårighet

Summa \_\_\_\_\_

### Näsa

\_\_\_\_\_ Nästäppa

\_\_\_\_\_ Bihåleproblem

\_\_\_\_\_ Hösnuva

\_\_\_\_\_ Nysattacker

\_\_\_\_\_ Överdriven slembildning

Summa \_\_\_\_\_

### Matsmältning

\_\_\_\_\_ Illamående, kräkningar

\_\_\_\_\_ Diarré

\_\_\_\_\_ Förstoppning

\_\_\_\_\_ Känsla av uppsvällighet

\_\_\_\_\_ Rapningar, gaser

\_\_\_\_\_ Halsbränna

\_\_\_\_\_ Tarm-magont

Summa \_\_\_\_\_

### Mun/Hals

\_\_\_\_\_ Kronisk hosta

\_\_\_\_\_ Kväljningar, ofta behov av att harkla dig

\_\_\_\_\_ Ont i halsen, heshet, svårt att prata

\_\_\_\_\_ Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar

Summa \_\_\_\_\_

**Leder/muskler**

- Smärta eller värk i leder  
 Artrit  
 Stelhet eller begränsad rörelseförmåga  
 Smärta eller värk i muskler  
 Känsla av svaghet eller trötthet  
 Summa \_\_\_\_\_

**Känslor**

- Humörsvängningar  
 Oro, rädsla, nervositet  
 Ilska, irritation, aggressivitet  
 Depression  
 Summa \_\_\_\_\_

**Vikt**

- Överdrivet ätande/drickande  
 Begär efter särskild mat  
 Övervikt  
 Tvångsätande  
 Vätskevarhållning  
 Undervikt  
 Summa \_\_\_\_\_

**Hjärna**

- Dåligt minne  
 Förvirring, dålig fattningsförmåga  
 Dålig koncentrationsförmåga  
 Dålig fysisk koordination  
 Svårt att fatta beslut  
 Stamning  
 Otydligt tal  
 Inlärningsproblem  
 Summa \_\_\_\_\_

**Energi/aktivitet**

- Trötthet, lathet  
 Apati  
 Hyperaktivitet  
 Rastlöshet  
 Summa \_\_\_\_\_

**Övrigt**

- Ofta sjuk  
 Behov av att urinera ofta  
 Underlivsklåda/-utsönding  
 Analklåda  
 Summa \_\_\_\_\_

**Slutsumma** \_\_\_\_\_

Räkna ihop siffrorna under varje sektion för att få en delsumma, lägg sedan ihop varje delsumma för att få slutsumman. Om någon delsumma visar mer än 10 poäng eller slutsumman är över 30 poäng kan du ha behov av och må bättre av att använda ett avgiftningsprogram. Rådfråga oss om dina resultat. Vi kan skraddarsy ett kosttillskottsprogram och vägleda dig genom ett effektivt avgiftningsprogram samt återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.