

# **STENSHULT HÄLSOCENTER**

Stenshult 1 • 511 95 Öxabäck • Sverige

Telefon och Fax +46 (0)320 56 144

E-mail: [stenshult@gmail.com](mailto:stenshult@gmail.com) • [www.stenshult.org](http://www.stenshult.org)

Käre vän!

Hälsningar från din personal i Stenshult!

Vi tackar dig för ditt intresse för vårt häsocenters program. Vår filosofi och våra principer grundar sig på Bibeln och på naturen och de har ständigt på nytt bevisat sig vara det bästa man kan följa. Eftersom vi har mottagit många välsignelser genom att följa dessa principer, så eftersträvar vi att dela med oss så mycket vi kan till våra medmänniskor som lider av smärta och sjukdom.

Bifogad är den extra information som du har besvarat angående våra 18- och 10-dagarskurser för hälsoundervisning. (Se nedtill data då kurserna startar). Detta ansökningspaket kommer att hjälpa dig att bättre förstå våra program och förbereda dig för din ankomst till Stenshult.

Vi ber att Gud må välsigna dig då du avser att komma till Stenshult. Var snäll och kontakta oss med vilka frågor eller bekymmer som helst. Vi ser fram emot att hjälpa dig på alla sätt vi kan.

Din tillgivna personal i Stenshult.

## **Ansökningspaketets innehåll:**

Viktig information .....	2
Antagningsvillkor .....	2
Din ankomst till Stenshult .....	3
Förteckning över saker som bör tas med .....	3
Vägbeskrivningar till Stenshult .....	4
Dagar då kurserna startar .....	6
Kurskostnader .....	6
Information om betalning .....	6
Registreringsformulär för hälsoprogram .....	8

## **Viktig information**

Var snäll och fyll i hela ansökan. Du skall behålla sidorna 1 - 7, vilka innehåller viktig information som skall hjälpa dig då du förbereder dig att komma.

Var snäll och skicka sidorna 8 - 21 till Stenshult Hälsocenter, vilka innehåller viktig information som vi kommer att behöva ta emot två veckor innan mötesperioden börjar. För att behandla ansökan behöver vi ett förskott på 500 SEK som du kan skicka tillsammans med din ansökan.

Detta förskott kommer inte att betalas tillbaka utan överförs till kostnaderna för vistelsen. Den totala kostnaden för vistelsen bör inte betalas senare än under kursens första dag.

Se under rubriken ”Information om betalning” för att betala genom banken.

## **Antagningsvillkor**

**Stenshult Hälsocenter** är, som angavs i vår dementi, en möjlighet till inläring där gästerna såsom studerande tas emot för att lära sig att bevara eller återvinna sin hälsa och att ta ansvar för sina egna liv. Vi är inte ett center med medicinska resurser eller ett behandlingscenter. Vi ger inte heller medicinska råd.

För att bli antagna här måste våra hälsogäster/studerande:

1. vara myndiga (ha uppnått laglig ålder för att ta eget ansvar)
2. vara fysiskt rörliga och i stånd att sköta sin egen personliga hygien
3. vara mentalt kompetenta och i stånd att fatta sina egna beslut
4. vara emotionellt stabila och kunna ta eget ansvar
5. vara i stånd att följa klart skrivna instruktioner

Din ansökan betraktas inte som bekräftad och något rum reserveras inte förrän vi erhåller ditt kompletta hälsofrågeformulär med din signatur (sidorna 8 och 20). Vi behöver också

ett förskott på 500 SEK, vilket kommer att dras av från den totala kostnaden för vistelsen som du erhåller. Dessa får inte tas emot senare än två veckor före din ankomst till vårt hälsocenter för att påbörja den hälsovistelse du är inregistrerad för.

Ditt livsstilsprogram kommer att baseras på det frågeformulär om din hälsa och vilken annan information som helst som du anmodas att tillhandahålla, såsom blodprov, röntgen, datortomografi etc. Vi kan inte ge några löften eller garantier för tillfrisknande.

Var snäll och uppmärksamma att vi inte individuellt kan ta itu med varje liten värk, smärta eller plåga som du kan erfaras. Vi fokuserar på de större bekymren och som regel avlägsnas de mindre under processens gång.

Om omständigheter eller problem uppstår under fullgörandet av ditt program som ett resultat av att du undanhållit oss viktig information, kommer du att få rådet att söka hjälp någon annanstans. Din betalning kommer inte att betalas tillbaka. Ingen återbetalning kommer att göras till hälsogäster som väljer att avresa före kurstidens slut.

Vi välkomnar privilegiet att få lov att stå till din tjänst och ber att Gud må välsigna dig och ditt sökande efter en bättre fysisk, mental och andlig hälsa.

## **Din ankomst till Stenshult**

Om du inte kan nå oss på hemtelefon +46 (0)320 56144 då du reser på söndag, så försök med vår mobil +46 (0)70 7782257.

Du behöver anlända till Stenshult på den söndageftermiddag, som kursen börjar på. Var snäll och ta hänsyn till detta när du bokar flyg till flygplatsen i Göteborg och när du anländer med buss eller tåg. Efter din ankomst tar det ungefär två timmar att komma till Stenshult. Vi ber alla gäster att vara i Stenshult vid tretiden på söndageftermiddag. Du kommer att tillhandahållas en måltid och sedan kommer du att ha tid att installera dig innan orientering påbörjas.

**Orientering** påbörjas **kl. 16.00** på eftermiddagen den första söndagen.

Den sista dagen av vistelsen är en torsdag och förberedelser bör vidtagas för att avresa någon gång på morgonen före **kl 10:00 f.m.**

## **Förteckning över saker som bör tas med**

Följande förteckning avser att hjälpa dig, då du förbereder dig för att besöka Stenshult, att veta vad som är fördelaktigt och vad som inte är nödvändigt att ha med sig..

### **Var snäll och tag med dig:**

1. Personliga toalettartiklar, såsom schampo, tvål, tandkräm. Du kan också köpa några av dessa saker i vår bok- och hälsokostbutik. Sängkläder och handdukar kommer att tillhandahållas.
2. Nattnkläder, morgonrock, inneskor och duschskor.
3. Baddräkt (simdräkt) för vattenterapi.
4. Anspråkslösa, lediga och fina kläder, som är lämpliga för klimatet och med kristen standard. (Snälla ni, inga ärmlösa tröjor, tätt åtsmitande långbyxor, shorts).
5. Motions- / lätta arbetskläder och skor.
6. Regnkläder! Paraply, gummistövlar, vattentäta skor.
7. Vinterkläder (om man anländer under vintermånaderna) - handskar, halsduk, huvudbonad, varm klädsel!
8. Klassrumsmaterial: anteckningsbok och pennor eller blyertspenna att använda under lektionerna. Du kanske vill ta med dig en bandspelare så att lektionerna kan spelas in.
9. För dem som reser internationellt, kom ihåg era särskilda resedokument (pass etc.)
10. Bibel - om du har en.
11. En villig och positiv attityd.

### **Var snäll tag inte med:**

1. TV- eller radioapparater, olämplig musik eller videoband.
2. Extra föda, snacks, tobak, alkohol eller narkotika.
3. Sällskapsdjur.
4. Då det gäller mobiltelefoner och datorer, kom ihåg att du har kommit hit för att vila, återfå hälsa och eliminera stress. Det är inte tid för att arbeta.
5. Ditt eget hälsoprogram eller agenda.

Vi uppskattar villighet att gå in för den kurs som vi skall planera för dig.

## **Vägbeskrivningar till Stenshult**

### **Med flyg:**

Internationella flygresor bör anlända till Göteborg och inte till Stockholm. Göteborg har en större flygplats (Landvetter) som ligger på ungefär 45 minuters avstånd från Stenshult och en mindre flygplats (Gothenburg City airport eller Säve) som ligger ungefär 1 timme och 20 minuter långt bort. Båda flygplatserna har bussförbindelser med Göteborgs stad, varifrån en annan buss kan tagas till Kinna eller Örby. Priset för att komma med buss från flygplatserna till Örby är ungefär 150 kronor.

### **Med buss och / eller tåg:**

Offentliga kommunikationer är relativt billiga och bekväma. Bussföretag såsom Säftebussen och EuroLines har förbindelser från Köpenhamn, Oslo och andra större städer i norra Europa.

Ankomstmålet är Göteborg. Tåget kan också tagas till Göteborg. Från Göteborg går det en buss, som kan tagas till Kinna eller Örby. Örby är ett litet samhälle som är beläget bara ungefär 15 minuter från Stenshult. Bussbiljetten från Göteborg till Örby kostar ungefär 100 kronor.

### **Med bil:**

Om du ser på kartan, skall du se att Öxabäck (Stenshult står inte utsatt på kartan!) ligger närmast Borås, Göteborg, Varberg och Halmstad. Eventuellt är målet att komma till Överlida (från Ullared) eller Öxabäck (från trakten runt Kinna). Vägbeskrivningarna från dessa två samhällen ges här nedan.

Från Överlida: Från allmän väg 154 i Överlida kör mot Skene / Öxabäck. Stanna kvar på den asfalterade vägen! Tag inte grusvägen mot Getås! Efter 8,1 km tag åt vänster vid T-krysset mot Skene / Öxabäck. Efter 200 m tag åt höger mot Spjutås. (På skylten står det "4 Spjutås".) Fortsätt på den asfalterade vägen 2,8 km. Vid en gul och röd skylt, som det står "Strixbo" på, kör åt vänster in på en grusväg. Efter 750 m har du anlänt till Stenshult. Titta efter ett blått hus och en stor röd ekonomibyggnad.

Från Öxabäck: Från Q-Star i Öxabäcks samhälle kör i riktning mot Överlida. Efter 2,6 km kör åt vänster vid den blå och vita skylten "4 Spjutås". Fortsätt på den asfalterade vägen 2,8 km. Vid en gul och röd skylt, som det står "Strixbo" på, kör åt vänster in på en grusväg. Efter 750 m har du anlänt till Stenshult. Titta efter ett blått hus och en stor röd ekonomibyggnad.

### **Resekostnader per person med en bil som tillhör Stenshult:**

Från Gothenburg City Airport (Säve) i Göteborg: .....	250 SEK
Från Landvetter flygplats i Göteborg: .....	200 SEK
Från buss- / tågstation i Göteborg: .....	220 SEK
Från buss / tåg i Kinna:.....	100 SEK
Från buss i Örby: .....	75 SEK

Grupprabatter kan erbjudas. (Om t. ex. två eller fler personer ankommer vid samma tid och reser tillsammans i det fordon som återvänder till Stenshult.)

## **Dagar då kurserna startar**

16 september  
4 november  
2 december

## **Kurskostnader**

### **1 hälsogäst**

10 dagar – 6.000 SEK  
18 dagar – 10.000 SEK

### **2 hälsogäster i samma familj**

10 dagar – 11.000 SEK  
18 dagar – 18.500 SEK

### **1 hälsogäst och 1 gäst**

10 dagar – 9.000 SEK  
18 dagar – 15.400 SEK

### **1 gäst**

10 dagar – 3.000 SEK  
18 dagar – 5.400 SEK

## **Information om betalning**

### **Betalning i Sverige:**

Bank: Mjögäcks Sparbank

Bankkontots namn: International Institute of Health & Education

Bankkonto Nr: 8222-2, 14 008 844-4

Bankgiro: 5665-9030

PlusGiro: 14 72 92-7

### **Betalning utanför Sverige:**

Bank: Mjögäcks Sparbank, Sweden / Sverige

Bankkontots namn: International Institute of Health & Education

Bankkonto Nr: 8222-2, 14 008 844-4

IBAN SE2580000822220140088444

Swiftkod: SWEDSESS

**Betalning i Danmark:**

Bank: Nordea

Bankkontots namn: International Institute of Health & Education

Reg. nr: 2520

Bankkonto nr: 6267-827-425

**Registreringsformulär för hälsoprogram****KONFIDENTIELLT**

**VIKTIGT:** Denna utvärdering av hälsa och kost är endast avsedd för undervisningsändamål, för att hjälpa individen att lära sig att bevara sin egen hälsa. Avsikten med denna utvärdering är inte att ställa diagnos eller att föreskriva någon medicin, behandling eller modalitet för någon fysisk eller mental sjukdom, obehag, besvär eller abnormitet. Därför är varje användning av den information som erhålls genom denna ansökan beroende av den individs eget avgörande, vars namn är tecknat på detta formulär. Utan den sökandes namnteckning kan inte denna ansökan behandlas. En del information kan användas för forskning. All erhållen information kommer att hållas konfidentiell.

\_\_\_\_\_
  
Den sökandes namnteckning\_\_\_\_\_
  
Datum

Var snäll och fyll i hela frågeformuläret (sidorna 8 - 21) och returnera det till Stenshult Hälsocenter för att tas emot av någon av våra lärare. Efter omsorgsfull granskning, kommer speciella förslag att ges till Dig i Ditt sökande efter bättre hälsa enligt Guds plan. Var god sänd en avgift på 500 SEK med frågeformuläret för att hjälpa oss att täcka kostnader som medföljer. Tack! **SÄND DITT KONSULTATIONSFORMULÄR TILL STENSHULT HÄLSOCENTER MED POST, E-MAIL ELLER FAX. OM DET SÄNDS MED MAIL (INOM SVERIGE) KAN DU ANVÄNDA CHECK SOM BETALNINGSSÄTT.**

Namn:

Ålder:

Gatuadress:

Stad:

Postnummer:

Land:

Telefon (hem):

Telefon (arbetet):

Födelsedatum:

Födelseort:

Nationalitet:

M/K:

Yrke:

Religion:

Civilstånd:  Ensamstående  Gift Lever åtskild  Frånskild Änka/änkeman

Vikt:

Längd:

Ras:

Utbildning (högsta avslutade klass):

Annan utbildning:

Nuvarande sysselsättning:

Tidigare sysselsättning:

**Fritidsaktiviteter:**

**Närmaste anhörig/släktskap:**

**Telefon:**

**Vilket program vill du delta i (18-dagar / 10-dagar)?**

**När och hur planerar du att anlända?**

**Hur fick du höra talas om Stenshult Hälsocenter?**

**Jag vill ha hjälp då det gäller:**

- Högt blodtryck**
- Rökning**
- Diabetes**
- Annat (Förklara):**

- Artrit**
- Övervikt**
- Stress**

**I händelse av nödläge kontakta:**

**Telefon:**

**Person som ansvarar för kostnaderna om det är någon annan än gästen:**

**Gata:**  
**Stad:**

**Postnummer:**  
**Phone:**

## **Information om familjens hälsa**

**Familjemedlem**

**Nuvarande ålder,  
eller ålder vid dödsfallet**

**För levande: (god, rätt god, klen) hälsa  
Om död, orsaken av död**

**Make/maka**

**Far**

**Mor**

**Bröder /sysstrar:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 5.

**Barn:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Personhistorik**Sällskapsdjur: Vilken sort? Något inomhus: Ja Nej

Typ av hem:

Vanor: Sömn: tim/natt Lider du av sömnsvårigheter? Ja Nej IblandRöker du? Ja Nej Om svaret är ja, vad? Hur mycket?Dricker du koffeinhaltiga drycker? Kaffe Te Läskedrycker

Andra koffeinhaltiga drycker: Hur mycket:

Dricker du öl vin? Andra alkoholhaltiga drycker? Hur mycket av var och en?Håller du speciell diet? Ja Nej Vad för sorts diet?SKADOR: Huvud Bröst Buk Rygg Brutna ben

Andra:

Har du förlorat i vikt under det senaste året? Nej Ja**RÖNTGENUNDERSÖKNINGAR:** Har du gjort någon av nedanstående röntgenundersökningar? Om svaret är ja, anteckna när. Har du någon gång fått röntgenbehandling? Nej Ja När:Bröst: Nej Ja När: Mage: Nej Ja När:Grovtarm: Nej Ja När: Gallblåsa: Nej Ja När:Rygg: Nej Ja När: Njure: Nej Ja När:Armar eller ben: Nej Ja När: Annat: När:**VACCINATIONER:** Har du någon gång blivit immuniserad mot något av följande? (Markera)Polio (injektion/muntligt): Nej Ja Senaste injektion: smittkoppor: Nej Ja Senaste injektion:tetanus: Nej Ja Senaste injektion: mässling: Nej Ja Senaste injektion:röda hund: Nej Ja Senaste injektion: Annat: Nej Ja Senaste injektion:**ALLERGIER:** Är du allergisk mot något av följande? (Markera)Penicillin: Nej Ja Sulfa: Nej JaAnnan medicin: Nej Ja Nagellack: Nej JaNågon sorts mat: Nej Ja Annat: Nej Ja

Anteckna födoämnen du är allergisk mot: 1. 2. 3. 4. 5.

**MEDICINER** (ordinerade eller över disk)

Tar du regelbundet några mediciner nu?  Nej  Ja

**Anteckna dem: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.**

Har du någon gång intagit: (**Markera ALLT SOM STÄMMER**)

**Insulin:**  Nej  Ja När: **Cortison:**  Nej  Ja När:

**Sköldkörtelmedicin:**  Nej  Ja När: **Hormoner:**  Nej  Ja När:

**Blodtrycksmedicin:**  Nej  Ja När: **Preventivpiller:**  Nej  Ja När:

**Lugnande/sedativa medel:**  Nej  Ja När:

**APPARATER-HJÄLPMEDEL: (Markera)**

Använder du:

**Glasögon**  Nej  Ja **Kontaktlinser**  Nej  Ja **Hörapparat**  Nej  Ja

**Tandgarnityr**  Nej  Ja **Nackstöd**  Nej  Ja **Ryggstöd**  Nej  Ja

**Annan stöd**  Nej  Ja **Protes**  Nej  Ja **Bräckband**  Nej  Ja

**Pacemaker**  Nej  Ja **Spiral**  Nej  Ja **Pessar**  Nej  Ja

**Andra hjälpmedel:**

**OPERATIONER:** Har du någon gång genomgått någon av dessa operationer?

**Tonsiller:**  Nej  Ja När: **Blindtarm:**  Nej  Ja När:

**Gallblåsa:**  Nej  Ja När: **Magsäck:**  Nej  Ja När:

**Tunntarm:**  Nej  Ja När: **Tjocktarm:**  Nej  Ja När:

**Njure:**  Nej  Ja När: **Sköldkörtel:**  Nej  Ja När:

**Hjärta:**  Nej  Ja När: **Brock:**  Nej  Ja När:

**Åderbräck:**  Nej  Ja När: **Annat:**  Nej  Ja När:

**KVINNOR:**

**Bröst:**  Nej  Ja När: **Livmoder:**  Nej  Ja När:

**Äggstockar:**  Nej  Ja När: **Annat:** När:

**MÄN:** **Prostata:**  Nej  Ja När:

**KOST:** Markera allt i följande lista som du normalt använder i din kost:

fisk  kanin  cottage cheese  ägg  kakao  honung

- |                                       |   |                                     |  |   |                                      |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fågel        | <input type="checkbox"/> vitpeppar      | <input type="checkbox"/> yoghurt    | <input type="checkbox"/> melass                    | <input type="checkbox"/> pepparrot          | <input type="checkbox"/> öl          |
| <input type="checkbox"/> kallskuret   | <input type="checkbox"/> smör           | <input type="checkbox"/> godis      | <input type="checkbox"/> konstgjorda sötningsmedel | <input type="checkbox"/> müsli              |                                      |
| <input type="checkbox"/> vin          | <input type="checkbox"/> lamm           | <input type="checkbox"/> glass      | <input type="checkbox"/> choklad                   | <input type="checkbox"/> svinfett           | <input type="checkbox"/> curry       |
| <input type="checkbox"/> bakelser     | <input type="checkbox"/> biff           | <input type="checkbox"/> mjölk      | <input type="checkbox"/> vitt socker               | <input type="checkbox"/> sirap              | <input type="checkbox"/> svart te    |
| <input type="checkbox"/> muskotnöt    | <input type="checkbox"/> svinkött       | <input type="checkbox"/> milkshake  | <input type="checkbox"/> brunsocker                | <input type="checkbox"/> margarin           | <input type="checkbox"/> salta kex   |
| <input type="checkbox"/> örtte        | <input type="checkbox"/> vinäger        | <input type="checkbox"/> skaldjur   | <input type="checkbox"/> mager mjölk               | <input type="checkbox"/> vegetabilisk olja  |                                      |
| <input type="checkbox"/> ketchup      | <input type="checkbox"/> vit spaghetti  | <input type="checkbox"/> starksprit | <input type="checkbox"/> vittbröd                  | <input type="checkbox"/> koffeinfritt kaffe |                                      |
| <input type="checkbox"/> kaffe        | <input type="checkbox"/> kakor          | <input type="checkbox"/> kanel      | <input type="checkbox"/> vitt mjöl                 | <input type="checkbox"/> vitt ris           | <input type="checkbox"/> chili sauce |
| <input type="checkbox"/> svart peppar | <input type="checkbox"/> pickles        | <input type="checkbox"/> munkar     | <input type="checkbox"/> senap                     | <input type="checkbox"/> bakpulver          | <input type="checkbox"/> coladrycker |
| <input type="checkbox"/> råsocker     | <input type="checkbox"/> andra drycker: |                                     |  |   |                                      |

Dricker du något till dina måltider?  Ja  Nej

Äter du någon gång mellan måltiderna?  Ja  Nej

Strax före sängdags?  Ja  Nej

Hur många måltider äter du per dag?

Normala måltidstider:

Hur mycket tid använder du uppskattningsvis till en måltid?

Tuggar du din föda noggrant, så att konsistensen blir krämig?  Ja  Nej

Äter du frukt och grönsaker i samma måltid?  Ja  Nej

Hur många glas vatten dricker du per dag?

Hur ofta besväras du av förstoppning?

Diarré?

Har du stolgångar regelbundet?  Nej  Ja

Hur ofta?

Hur ofta är din avföring hård?

Mjuk?

Rektal blödning?

Hur ofta kastar du vatten?

Är det normalt för dig att låta dina armar och ben vara bara ibland?  Ja  Nej

Är dina händer och fötter ofta kalla?  Ja  Nej

Stickande känsla?  Ja  Nej

Hur ofta har du dålig matsmältning?

Gaser?

När går du normalt till bädd?

Stiger upp?

Vilar du på dagen?  Ja  Nej  Ibland

Motionerar du regelbundet utomhus?  Ja  Nej

Vilken sorts motion utövar du normalt?

### BESKRIV DINA PERSONLIGHETSDRAG:

Var snäll och marker allt på följande lista som stämmer in på dig:

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> utåtriktad   | <input type="checkbox"/> tillbakadragen | <input type="checkbox"/> reserverad     |
| <input type="checkbox"/> skygg        | <input type="checkbox"/> självsäker     | <input type="checkbox"/> försagd        |
| <input type="checkbox"/> tyst         | <input type="checkbox"/> entusiastisk   | <input type="checkbox"/> lugn           |
| <input type="checkbox"/> lätttrörd    | <input type="checkbox"/> vänlig         | <input type="checkbox"/> optimistisk    |
| <input type="checkbox"/> pessimistisk | <input type="checkbox"/> deltagande     | <input type="checkbox"/> praktisk       |
| <input type="checkbox"/> tafatt       | <input type="checkbox"/> balanserad     | <input type="checkbox"/> välkoordinerad |
| <input type="checkbox"/> organiserad  | <input type="checkbox"/> desorganiserad | <input type="checkbox"/> perfektionist  |
| <input type="checkbox"/> idealistisk  | <input type="checkbox"/> pålitlig       | <input type="checkbox"/> opålitlig      |
| <input type="checkbox"/> effektiv     | <input type="checkbox"/> ekonomisk      | <input type="checkbox"/> känslig        |
| <input type="checkbox"/> tvär         | <input type="checkbox"/> deprimerad     | <input type="checkbox"/> häftig         |
| <input type="checkbox"/> besvärlig    | <input type="checkbox"/> aggressiv      | <input type="checkbox"/> beslutsam      |

Tycker du om att umgås med andra människor större delen av tiden?  Nej  Ja

Om ja, vilken sorts människor föredrar du?

Vilket är ditt huvudintresse eller hobby?

Litar du på att Gud är den enda källan till sant helande?

Vilken av dina svagheter skulle du vilja se stärkt?

## SVÅRIGHETER SOM DIAGNOSTISERATS AV ALLOPATISKA LÄKARE

**SJUKDOM:** Har du eller har du tidigare haft något av följande?

- |                          |                             |                                   |      |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------|
| Migrän                   | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Epilepsi                 | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Hjärnfarkt/hjärnblödning | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Grön starr               | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Grå starr                | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Blindhet (båda ögonen)   | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Dövhet                   | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Astma                    | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Hög feber                | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Kronisk bronkit          | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |
| Emfysem                  | <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> TIDIGARE | NÄR: |

---

**STENSHULT HÄLSOCENTER**

---

Tuberkulos	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Röntgen p.g.a. onormal bröstorg	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Blåsljud på hjärtat som vuxen	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Abnormal Electrocardiogram	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Förstorat hjärta	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Hjärtattack	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Reumatisk feber	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Angina	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Gallsten	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Hepatit	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Skrumplever	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Magsår / sår på tolvfingertarmen	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Röntgen p.g.a. onormal mag	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Besvär med colon/tunntarm	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Ändtarmsbesvär	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Hemorroider	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Dysenteri eller allvarlig diarre	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Njur- eller urinblåseinfektion	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Njursten	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Annan njursjukdom	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Dålig blodkoagulering	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Diabetes	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Gikt	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Överaktiv sköldkörtel	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Underaktiv sköldkörtel	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Struma	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Parkinson´s	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
MS	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:
Åderbrock	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:

Artrit	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Polio	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Flebit (åderinflammation)	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Könssjukdom	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Anemi - (vilken sort?)	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Insulin – (vilken sort?)	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	Hur mycket?
Periodiska bölder	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	Vilken sort?
Schizofreni	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Djup depression	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Serious depression	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Allvarliga emotionella problem	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Nervsammanbrott	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Annat	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	Vilken sort?

**Kvinnor**

Menstruationsproblem	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Cysta på äggstockarna	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Andra gynekologiska problem	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	Vilken sort?
Blåskatarr	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Mastitis (bröstböld)	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	
Bröstcancer	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> TIDIGARE	NÄR:	

**FAMILJEHISTORIA:**

Har någon biologisk anförvant någonsin haft:

Cancer, inklusive leukemi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Tuberkulos	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Hjärtattack	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Stroke	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:

Epilepsi, konvulsioner eller krampanfall	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Tendens till blödning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Astma	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Allergier	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Migrän	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Alkoholism	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Emfysem/lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Magsår eller sår på tolvfingertarmen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Glaukom (grön starr)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Anemi p.g.a. sjuka röda blodceller (Sickle)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Annan anemi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Artrit	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Gikt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Överdriven fetma	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Mentalt illamående	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Sköldkörtelproblem	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Själv mord	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Medfödd defekt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Kronisk diarré	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:
Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem:

## SYSTEMGENOMGÅNG

Har du någon av följande åkommor: (Markera allt som stämmer)

### HUVUD

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> otydligt seende som ej korrigerats med glasögon | <input type="checkbox"/> dubbelseende         |
| <input type="checkbox"/> ljusblixtar                                     | <input type="checkbox"/> ringar runt ljus     |
| <input type="checkbox"/> ont i öronen                                    | <input type="checkbox"/> flytning från öra    |
| <input type="checkbox"/> surrande eller ringningar i öronen              | <input type="checkbox"/> bihålebesvär         |
| <input type="checkbox"/> mun- och tungproblem                            | <input type="checkbox"/> ihållande heshet     |
|  | <input type="checkbox"/> svårighet att svälja |
|  | <input type="checkbox"/> annat - förklara:    |

**HUD**

- |   |                                    |                                  |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> märken som förändras         | <input type="checkbox"/> hudutslag | <input type="checkbox"/> gul hud |
| <input type="checkbox"/> annat hudproblem – förklara: |                                    |                                  |

**HALS**

- |  |                                  |                                  |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> svullnad          | <input type="checkbox"/> klumpar | <input type="checkbox"/> stelhet |
| <input type="checkbox"/> annat – förklara: |                                  |                                  |

**BRÖST, HJÄRTA, LUNGOR**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> kort andning           | <input type="checkbox"/> låg motionstolerans        | <input type="checkbox"/> hjärtflimmer            |
| <input type="checkbox"/> oregelbundna hjärtslag | <input type="checkbox"/> bröstmärta                 | <input type="checkbox"/> ofta förekommande hosta |
| <input type="checkbox"/> hostar upp blod        | <input type="checkbox"/> knarrande svullna fotleder | <input type="checkbox"/> annat – förklara:       |

**MAGE OCH TARMAR**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> dålig aptit     | <input type="checkbox"/> dålig matsmältning eller halsbränna | <input type="checkbox"/> illamående eller kräkningar  |
| <input type="checkbox"/> kräks blod      | <input type="checkbox"/> smärta eller svullnad i buken       | <input type="checkbox"/> svarta tjärliknande avföring |
| <input type="checkbox"/> kramper i buken | <input type="checkbox"/> annat – förklara:                   |   |

**NJURAR**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> blod i urin                | <input type="checkbox"/> svårt at urinera                  | <input type="checkbox"/> värk eller förbränning medan urinera |
| <input type="checkbox"/> svårt att kontrollera urin | <input type="checkbox"/> står upp under natten att urinera | <input type="checkbox"/> annat – förklara:                    |

**GENITALIER****KVINNOR:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> knöl i bröstet                                   | <input type="checkbox"/> avsöndring från bröstvårta | <input type="checkbox"/> annat bröstproblem          |
| <input type="checkbox"/> vaginal blödning eller flytning (inte periodisk) |   | <input type="checkbox"/> vallningar                  |
| <input type="checkbox"/> smärta vid umgänge                               | <input type="checkbox"/> möjligen gravid            | <input type="checkbox"/> oregelbundna menstruationer |
| <input type="checkbox"/> smärta som inte hör samman med menstruationer    |   | <input type="checkbox"/> annat – förklara:           |

**MÄN:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> knöl i bröstet     | <input type="checkbox"/> flytning från penis       | <input type="checkbox"/> sår på penis      |
| <input type="checkbox"/> knöl i testiklarna | <input type="checkbox"/> svårighet att få erektion | <input type="checkbox"/> annat – förklara: |

**NEUROMUSKULÄRT**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> svaghet i arm eller ben | <input type="checkbox"/> balanssvårighet | <input type="checkbox"/> perioder av yrsel eller förvirring |
| <input type="checkbox"/> perioder av matthet     | <input type="checkbox"/> talsvårighet    | <input type="checkbox"/> annat – förklara:                  |

**BEN/LEDER**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> smärtande leder                  | <input type="checkbox"/> svullna leder | <input type="checkbox"/> saknar muskelstyrka |
| <input type="checkbox"/> muskelknuta eller muskelsvullnad | <input type="checkbox"/> benknuta      | <input type="checkbox"/> ryggont             |



**STENSHULT HÄLSOCENTER**

		sväljer luft			kan inte börja på förmiddagen utan kaffe
		allergi - astma -tendens			kan inte arbeta under press
		kokkärl av aluminium			grå starr
		svullna fotleder på kvällen			förgiftning av kemikalie eller spray
		svullna fotleder på morgonen			kemikalier i omgivningen
		överdriven aptit			kroniskt trött
		nedsatt aptit			cigaretthosta
		inälvsmaskar			dålig cirkulation
		artritiska tendenser			känslig mot köld
		vaknar efter få timmars sömn			grumlig urin
		svårt att somna om			belagd tunga
		dålig andedräkt			kallsvettas ofta
		onda drömmar			färgblind
		bitter, metallisk smak i munnen på förmiddagen			ofta förstoppning
		svarta eller blodiga avföringar			alternerande förstoppning och diarré
		blödande tandkött			kramper
		upplåsta tarmar			längtar efter godis eller kaffe på eftermiddagen
		suddig syn			längtar efter salt
		rodnar lätt			längtar efter karameller och snacks
		dålig kroppslukt			krypande känsla på huden
		uppfödd på flaska			gråter lätt/utan synbar anledning
		smärtsamma tarmrörelser			tillfrisknar långsamt
		oregelbunden andning			fuktigt väder besvärar
		sköra naglar			mjäll
		brun fläck eller blir brun på huden			mörka glasögon
		får lätt blåmärken ”svarta & blå fläckar”			dagdrömmare
		svidande fötter			sömnig på dagen
		svidande eller kliande anus			minskande mängd urin
		sveda vid urinering			minskande aptit
		svidande känsla i magen			karies i tänderna

		hjälpes då jag äter			deprimerad
		fjärilar i magen, kramper			svårt att svälja
		uppehåller mig vid det förflutna			snabb matsmältning
		förhöjd aptit			yrsel
		äter ofta eller får hungerkänslor eller			reaktion på medicin
		blir matt			obestämd smärta i bröstet eller utstrålning mot
		äter fort			ökning av vikt
		äter sakta			dålig matsmältning 1/2-1 timme efter måltid
		äter då jag är nervös			dålig matsmältning 3-4 timmar efter måltid
		ryckningar i ögonlock och ansikte			sysselsättning inomhus
		svullna ögonlock, pösiga			röksvärtad urin
		utåttstående ögon			tarmproblem
		rinnande ögon och näsa			svårt att fördraga värme
		ansträngda ögon			skälver inombords
		utmattade muskler och nervös			lättirriterad och rastlös
		kalla armar och ben, fuktig och klibbig			lättirriterad, lätt förargad
		matthetsperioder			kliande hud och fötter
		matthet om måltiden försenas			stela leder på kvällen
		omåttligt håravfall			stela leder på morgonen
		blir lätt trött			upphetsad, misslyckas med att bli lugn
		trött, att äta hjälper			brist på energi
		rädd			använder ofta laxativ
		får lätt feber			ljus färgad avföring
		fluortandcrème			talar högt
		fluoriserat vatten			tappar lätt humöret
		matförgiftning			smärta långt ner i ryggen, sidan
		urinerar ofta			lågt blodtryck
		får lätt kvalningar			gas i nedre del av tarmen flera timmar efter måltid
		gas kort efter måltid			uppförstorar obetydliga händelser
		blir ofta sömnig			mentalt alert, snabb

**STENSHULT HÄLSOCENTER**

	känsla av att bli galen			mentalt trög
	får ofta gåshud			depressiv sinnesstämning, nedstämdhet, melankoli
	får sällan gåshud			Mucous colitis (slemmig tjocktarmskolit)
	intolerans mot fet mat			muskelkramper, som förvärras under motion /träningssvärk
	tuggar tuggummi			kramp i muskler, ben och tå på natten
	grova hårstrån, tappar hår			muskelryckningar
	hårbehandlingar, sprayer, etc.			veka, ojämna, spruckna naglar
	hallucinationer			illamående
	händer och fötter somnar lätt			nervsmärtor
	stelhet			nervositet
	darrande händer			öppnar fönster i stängda rum
	svårt att vakna			alltför mycket godis gör mig illamående
	hatar att bli kritiserad			överansträngningsreaktioner
	huvudvärk då jag stigit upp - går över under dagen			överansträngning
	blöder ofta näsblod			smärta mellan skulderbladen
	hjärtklappning utan anledning			perfektionist
	hickar ofta			ökande svettning
	höga höjder besvärar			avtagande svettning
	laktosintolerans			parasiter
	candida			annat - förklara

**Datum:**

**Klientens namnteckning:**

**Endast för bruk i kontoret (office use only):**

**Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Name of Staff Member**

**Applicant accepted:**      **Yes**      **No**

**Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Name of Staff Member**