



FAB - frågeformulär för avgiftning

Namn: _____ Personnummer: _____ Datum: _____

Gradera vart och ett av de följande symtomen baserat på de senaste 30 dagarna enligt följande poängskala:

- 0 = Har aldrig eller sällan haft symtomen
- 1 = Har haft tillfälliga, lindriga symtom
- 2 = Har haft tillfälliga, svåra symtom
- 3 = Har haft regelbundna, lindriga symtom
- 4 = Har haft regelbundna, svåra symtom

Där det finns fler alternativ, stryk under det som stämmer bäst.

Räkna ihop varje grupp för att få en delsumma, lägg sedan ihop delsummorna till en slutsumma. Om någon delsumma visar mer än 10 poäng eller om slutsumman är över 50 poäng kan du ha behov av att genomgå ett avgiftningsprogram. Din terapeut kan med utgångspunkt från dina testresultat skraddarsy ett kosttillskottsprogram och vägleda dig genom ett effektivt och vetenskapligt beprövat avgiftningsprogram. Terapueten hjälper dig dessutom med ett individuellt utformat återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.

Energi/aktivitet

- trötthet, lathet
- passivitet, apati
- hyperaktivitet
- rastlöshet

Summa ___

Känslor

- humörsvängningar
- oro, rädsla, nevositet
- ilska, irritation, aggressivitet
- nedstämdhet, depression

Summa ___

Näsa

- nästäppa
- bihåleproblem
- hösnuva
- nysattacker
- överdriven slembildning

Summa ___

Hjärna

- dåligt minne
- förvirring, dålig fattningsförmåga
- dålig koncentrationsförmåga
- dålig fysisk koordination
- svårighet att fatta beslut
- stamning
- otydligt tal
- inlärningsproblem

Summa ___

Leder och muskler

- smärta eller värk i leder
- ledinflammation, artrit
- stelhet eller begränsad rörelseförmåga
- smärta eller värk i muskler
- känsla av svaghet eller trötthet

Summa ___

Vikt

- överdrivet ätande och/eller drickande
- begär efter särskild mat
- övervikt
- tvångsätande
- vätskevarhållning
- undervikt

Summa ___

Hjärta

- oregelbundna eller missade hjärtslag
- snabba eller dunkande hjärtslag
- bröstsmärta

Summa ___

Lungor

- slembildning
- astma, bronkit
- andnöd
- andningssvårigheter

Summa ___

Ögon

- vattniga eller kliande ögon
- svullna, röda eller stickande ögonlock
- påsar eller mörka ringar under ögonen
- suddig syn eller tunnelseende

Summa ___

Hud

- akne
- utslag, eksem, torr hud, klåda
- håravfall
- rodnader, svullningar
- överdriven svettning

Summa ___

Matsmältning

- illamående, kräkningar
- diarré, lös avföring
- förstoppning
- känsla av uppsvälldhet
- rapningar, gaser
- halsbränna
- tarm-/magont

Summa ___

Öron

- kliande öron
- smärtande öron, öroninflammation
- rinnande öron
- ringningar i öronen, dålig hörsel

Summa ___

Huvud

- huvudvärk
- matthet
- yrsel
- sömnrubbingar

Summa ___

Mun/hals

- hosta
- kväljningar, ofta behov av att harkla dig
- ont i halsen, heshet, svårighet att prata
- svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar

Summa ___

Övrigt

- behov av att urinera ofta
- underlivsklåda/-utsöndring, analklåda

Summa ___

Totalsumma _____