

Datum _____ Vikt _____ Mått över naveln _____

Känner du dig ofta trött, utmattad, brist på energi? _____

På en skala 1-10, hur ser energinivån ut idag? _____

Tycker du att det är svårt att koncentrera sig under en längre tid?

Känner du dig ofta stressad? _____

Hur pass stressad är du i dagens läge? 1-10 _____

Händer det att du vaknar outvilad? _____

Hur god sömn har du? 1-10 _____

Tycker du att det är svårt att komma upp på morgonen? _____

Känner du ibland att du är deprimerad utan anledning? _____

Lider du av magbesvär eller matsmältningsbesvär? _____

Är du känslig för förkylningar och infektioner? _____

Har du svårt att somna? _____

Besväras du regelbundet av allergier som höснуva? _____

Brukar du ha huvudvärk eller migrän? _____

Har du muskelkramper eller stela leder? _____

Finns det livsmedel som du inte kan äta? _____

Är du missnöjd med din hud, ditt hår eller dina naglar? _____

Är du nervös och irriterad då och då? _____

Har du ofta smärtor eller värk i kroppen? _____

Övrigt: _____