



Gabriele Ottosson
Naturläkare SNLF

Mobil: 0722 531 844
Mail: gabriele@focus-on-change.se

Hälsans Hus
Mårtenstorget 6
223 51 Lund
Tel.: 046 12 10 90

websida: focus-on-change.se

OBS: Fyll endast in den information du är komfortabel med.

© Gabriele Ottosson

Personliga Uppgifter

Patientnamn: _____

Hur lång är du? _____

cm

Hur mycket väger du? _____

kg

Allmän Information

Har du gått ner i vikt de senaste 10 åren?

Ja

Nej

Har du gått upp i vikt de senaste 10 åren?

Ja

Nej

Har du någonsin rökt?

Ja

Nej

Röker du just nu?

Ja

Nej

Hur mycket röker du om dan?

Stör det dig om någon röker i din omgivning?

Ja

Nej

Är du känslig för parfym/dofter?

Ja

Nej

Egen Sjukdomshistorik

Har du, eller har du haft någon utav de följande sjukdomarna?

Parasiter

Ja

Nej

Difteri

Ja

Nej

Kikhosta

Ja

Nej

Mässling

Ja

Nej

Röda Hund

Ja

Nej

Påssjuka

Ja

Nej

Borrelia

Ja

Nej

Körtelfeber

Ja

Nej

Inflammation i levern (Infektiös Hepatit)

Ja

Nej

Tuberkulos

Ja

Nej

Veneriska Sjukdomar

Ja

Nej

Hjärtsjukdomar

Ja

Nej

Problem med blodcirkulationen

Ja

Nej

Sjukdomar/Störningar i nervsystemet

Ja

Nej

Problem med blodtrycket

Ja

Nej

Vaskulära Sjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Stroke	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Reumatism	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Nerv-och Humörstörningar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kramper (Epilepsi)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Ögonsjukdomar? Om ja, vänligen nämn dessa nedan.		
<hr/>		
Metaboliska Sjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Sockersjuka	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Förhöjda Blodfetter (Kolesterol, Triglycerider)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Förhöjda Leverfunktionstester	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Sköldkörtelsjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Urin relaterade Sjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Genitala Sjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Njursjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Stomatit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Esofagit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Gastrit/ Halsbränna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Tarmsår	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Crohns Sjukdom (ileit termin)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Divertiklar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Ulcerös Kolit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Irriterad Tarm	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Gallblåsa relaterade sjukdomar/ Gallsten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Pankreatisk Inflammation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Ljumsk-, Ärr- och/eller Navelbräck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Leversjukdomar? Om ja, vänligen nämn dessa nedan.		
<hr/>		
Respiratoriska Sjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Hösnuva	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kronisk Bronkit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Astma/ KOL	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Lunginflammation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Tumörsjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Cancer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Godartad Tumör? Om ja, vänligen nämn dessa nedan.		

Ryggsjukdomar

Ja Nej

Undergått Cancerscreening? Om ja, vänligen ange när nedan.

Har du fått vaccinationer? Om ja, vänligen bifoga en kopia vaccinationsintyg.

Ja Nej

Har du fått vaccinationskomplikationer? Om ja, var vänlig ange nedan vilka och när.

Tandköttsinflammation

Ja Nej

Inflammation i tandroten

Ja Nej

Har du nuvarande amalgam fyllningar. Om ja, vänligen ange nedan hur många.

Har du tidigare haft amalgam fyllningar. Om ja, vänligen ange nedan hur många.

Guldfyllningar

Ja Nej

Andra metaller

Ja Nej

Döda tänder

Ja Nej

Rotfyllningar

Ja Nej

Pivot tänder

Ja Nej

- Implantat Ja Nej
- Kronor Ja Nej
- Tidigare eller nuvarande tandställning Ja Nej
- Problem med tuggandet Ja Nej

Blev vid en/flera operation(er) metall insatt? Om ja, vänligen ange nedan vilken.

Har du allergier? Om ja, vänligen bifoga ett intyg och ange allergin nedan.

Har du barn? Om ja, vänligen skriv nedan hur många.

Var födseln komplikationsfri eller förekom det annat så som missfall? Om ja, vänligen skriv nedan.

Andra Sjukdomar? Om ja, vänligen nämn dessa nedan:

Familjens Sjukdomshistoria

Lider en familjemedlem (eller har tidigare) av någon av de nedanstående sjukdomarna? Om ja, vänligen ange alltid vem nedanför.

- Ärftliga Sjukdomar Ja Nej
- Beroende Sjukdomar Ja Nej
- Tarmsjukdomar Ja Nej

Tuberkulos	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Sköldkörtelsjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Socket Störningar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Njursjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Leversjukdomar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Cancer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Psykisk Ohälsa	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Benskörhet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Allergier	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kramper	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Stroke	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Förekommer det andra sjukdomar? Om ja, vänligen ange dessa nedanför.

Tendenser att bli överviktiga	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Hjärt- eller Vaskulära problem	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Allmän Känslighet

Hur känner du dig allmänt?

Mycket bra Bra Sådär Dåligt Mycket dåligt

Prestations svårigheter	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Likgiltighet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Koncentrationssvårigheter	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Svårigheter med minnet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Kronisk Trötthet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Oro/ Ångest/ Panikångest	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Fryser du ofta?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Värmevallningar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Svettas du mycket på natten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Aptitlöshet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Viktförändringar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Vätskeansamlingar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Förlust av libido	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Får enkelts inflammationer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Hjärt- och/eller cirkulationsrubbingar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Yrsel eller svart inför ögonen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Hjärtklappning	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej

Täthet i bröstet

Ja Lite Nej

Andra hjärt- och/eller cirkulationsproblem: Skriv nedan

Besvär i urinvägarna

Ja Lite Nej

Smärta och/eller brännande känsla vid urinering

Ja Lite Nej

Täta urinträngningar (mer än 1x på natten)

Ja Lite Nej

Ofrivillig/Spontan urinering eller vid stress

Ja Lite Nej

Andnings Problem

Ja Lite Nej

Hosta (utom för förkylningar eller allergi)

Ja Lite Nej

Heshet (med undantag för förkylningar eller allergi)

Ja Lite Nej

Andnöd vid vila och/eller arbetet

Ja Lite Nej

Astmaanfall

Ja Lite Nej

Näsblod

Ja Lite Nej

Känsla av att ha en klump i halsen

Ja Lite Nej

Sveda i halsen och halsarean (ej förkylning/allergi)

Ja Lite Nej

Täppt näsa, rinnande ögon, etc. (hösnuva liknande symtom)

Ja Lite Nej

Torr näsa	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Problem med muskler och leder	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Muskelsvaghet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Muskel darrningar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Muskelkramper	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Smärta i musklerna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Smärta i de stora lederna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Smärta i de små lederna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Ledsvullnad	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Morgonstelhet i lederna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Smärta, spänningar i nacken eller skulder områdena	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Ryggsmärta	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Problem med nerver och sinnesorgan	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Förlamning	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Domningar i armar och ben	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Stickningar, "myrkrypningar", brännande	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Huvudvärk, migrän	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej

Kliande Ögon	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Tårflöde	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Torra ögon	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Dimsyn	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Röda ögon eller brinnande ögon	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Ökad känslighet för beröring	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Förbättrad temperaturkänslighet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Reducerad temperaturkänslighet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Koordinationssvårigheter	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Tinnitus eller ringningar i öronen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Känsla av tryck i öronen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Förändring av luktntrycket	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Problem med smaken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Andra besvär med nervsystemet? Vänligen skriv nedan.			
Torr hud	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Fet hud	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Överkänslig hud	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej

Pigmentförändringar i huden

Ja Lite Nej

Blåmärken

Ja Lite Nej

Klåda

Ja Lite Nej

Akne

Ja Lite Nej

Hud-, Nagel- eller Fot Svamp

Ja Lite Nej

Störning av sårhäkning (dåligt läkande sår)

Ja Lite Nej

Andra hudåkommor? Vänligen skriv nedan.

Problem med hår och naglar

Ja Lite Nej

Håravfall på huvudet

Ja Lite Nej

Håravfall av mindre kroppshår

Ja Lite Nej

Förlust av ögonfransar, ögonbryn, hår under armarna

Ja Lite Nej

Fett hår

Ja Lite Nej

Ökad kroppsbehåring

Ja Lite Nej

Ökad hårväxt (huvud och ansikte)

Ja Lite Nej

Spruckna naglar

Ja Lite Nej

Naglar med fläckar längsgående/ tvärgående spår, hål

Ja Lite Nej

Problem med mag-tarmkanalen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Mun sår	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Muntorrhet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Dålig Andedräkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Förändringar med tandkötet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Dregling	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Brännande tunga	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Problem med att svälja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Ökad törst	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Uppstötningar, halsbränna	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Intolerans med feta livsmedel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Alkohol intolerans	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Illamående	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Uppblåsthet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Gasbildningar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Problem med magens övre del	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej
Magkramper	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Lite	<input type="radio"/> Nej

Förstoppning

Ja Lite Nej

Diarré

Ja Lite Nej

Smärta efter klåda

Ja Lite Nej

Andra matsmältningsbesvär. Vänligen skriv nedan.

Hur ofta går du på toaletten?

Varje dag

Varje vecka

Varje månad

Andra Belastningar

Har du känt dig belastat den senaste tiden på grund av...?

Relationsproblem (romantiska relationer)

Ja Nej

Problem med relationen till barnen?

Ja Nej

Problem med föräldrar / svärföräldrar

Ja Nej

Allvarliga sjukdomar

Ja Nej

Död av en släkting eller partner

Ja Nej

Var du utsatt under den senaste tiden speciell känslomässig stress? Vänligen ange nedan.

Dödsfall

Ja Nej

Problem på jobbet

Ja Nej

Arbetslöshet

Ja Nej

Mobbning Ja Nej

Är dina symptom ett resultat av din omgivning?

 Ja Nej

Störs du av en viss miljö

 Ja Nej

Är symptomen ett resultat av en resa/semester?

 Ja Nej

Är symptomen ett resultat av hemmets omgivning?

 Ja Nej

När återkommer symptom (om de har blivit botade/lindrade)? Vänligen ange nedan.

Information om hobby och idrott. Vänligen skriv nedan.

Läkemedel och Kostersättning

Om du använder/använde dig av läkemedel och/eller kostersättning, vänligen skriv nedan namn, anledning och hur länge du tog den.

Näringsvanor

Hur ofta äter och dricker du följande?

Kött (gris, nöt, lamm, fågel, vilt)

 1 gång i veckan 2 gånger i veckan 2-3 gånger i veckan 1 gång dagligen 2-3 gånger dagligen Mer än 4 gånger dagligen

Ägg

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |
| Skaldjur och kräftdjur | |
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Bröd, bullar (1 skiva eller bulle)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Vitt bröd

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Råg eller dinkelbröd

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Korv, skinka (skiva)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Smör

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Margarin

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Ister, andra animaliska fetter

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Grönsaker (kokta eller råa)

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Sallad

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

färsk frukt / frukt

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Choklad, konfektyr

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Kakor och bakverk

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Beredda eller konserverade måltider

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Snabbmat

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Restaurangmat

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Vinäger

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Majonnäs

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Färdig mat

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Havregryn, spannmål, etc.

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Nudlar och andra pasta

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Potatis

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Ris

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Mjök

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Kakao

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Yoghurt

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Hårdost

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Mjukost

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Kvarg, färskost

1 gång i veckan

2-3 gånger i veckan

2-3 gånger dagligen

2 gånger i veckan

1 gång dagligen

Mer än 4 gånger dagligen

Grädde, crème fraiche

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Sojamjolk

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Äpple

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Banan

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Apelsin, mandarin, grapefrukt, citron

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Kärnfrukter

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Vindruvor

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Jordgubbar

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Andra bär

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Ananas, mango, kiwi, melon, andra tropiska frukter

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Nötter

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Kaffe

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Te

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Fruktjuice

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Citronsaft

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Coca-Cola eller liknande

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Öl

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Vin, mousserande vin

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan | <input type="radio"/> 2 gånger i veckan |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger i veckan | <input type="radio"/> 1 gång dagligen |
| <input type="radio"/> 2-3 gånger dagligen | <input type="radio"/> Mer än 4 gånger dagligen |

Andra alkoholhaltiga drycker

- 1 gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång dagligen
- 2-3 gånger dagligen
- Mer än 4 gånger dagligen

Annan Information

Annan information som är relevant, som du vill dela med dig av? Vänligen skriv nedan.
