

**Du har bestilt tid til en konsultation d. \_\_\_\_\_, kl. \_\_\_\_\_.**

Vedlagt spørgeskema samt 7 dages maddagbog bedes udfyldt og returneres til nedenstående adr. inden vi mødes første gang. Returneres ca. 3 dage inden aftalen. Udfyld spørgeskemaet så godt du kan og spring det over du ikke kan svare på. Maddagbogen udfyldes med hvad og hvor meget du har spist i løbet af dagen. Du skal ikke veje maden, men du må gerne angive et skøn i ca. g, ml, dl, kop eller vor meget det ca. fylder på tallerken. Returneres skemaet for sent, forbeholder jeg mig ret til at udsætte kostvejledningen til en senere dato.

Du er altid velkommen til at vedlægge yderligere information, som du mener, har betydning for din situation. Konsultationen tager først gang ca. 1½ time.

**Husk!** Afbud eller ændring af aftale skal ske senest dagen før inden kl. 12.00 på SMS til mobil 3053 3548. Ved for sent eller manglende afbud opkræves et beløb på 500 kr. Bliver en konsultation aflyst efter indlevering af spørgeskemaet, opkræves det fulde beløb. Dog ikke ved udsættelse af konsultationen. Efter 3. ændring af aftale pålægges et gebyr på 200 kr.

Modtager kontanter eller Mobile Pay og Swipp som betalingsmiddel.

Konsultationen finder sted på nedenstående adresse.

Alle oplysninger og samtaler behandles under fuld fortrolighed.

Jeg ser frem til vores møde.

Med venlig hilsen

Jytte Langkjær  
KOSTVEJLEDER, TRIVSELSCOACH, LABORANT

**ALLERGI - INTOLERANCE - FORDØJELSESPROBLEMER - ANALYSER**

A.Andersens Vej 24B  
8600 Silkeborg  
Denmark

Tel 3053 3548

mail@phytokost.dk

www.madværkstedet.com  
www.phytokost.dk

## Spørgeskema til kostvejledning

### Personlige oplysninger

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Post nr./By \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Fødselsdato \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Civilstand \_\_\_\_\_

Børn \_\_\_\_\_

Vægt  
\_\_\_\_\_

Højde  
\_\_\_\_\_

Køn - m/k  
\_\_\_\_\_

**Personlige forhold**

Hvilke problemer ønsker du at kostvejledningen skal afhjælpe?

---

---

---

---

---

Har du andre sygdomme, symptomer eller skavanker?

---

---

---

---

---

Hvilke symptomer har du af dine problemer?  
(forstoppelse, hovedpine, mavepine, smerter, udslet, træthed)

---

---

---

Hvor længe har du haft symptomerne?

---

---

---

Hvornår, hvordan og hvor ofte oplever du symptomerne?  
(årstid, tid på dagen e.l., efter bestemte madvarer, ved særlige lejligheder)

---

---

---

Har lægen stillet en diagnose?

---

---

---

Modtager eller har du modtaget lægelig eller anden behandling for problemet? Hvilke?

---

---

---

Får du medicin for problemet evt. hvilken type/mærke?  
(medbring gerne emballage til kostvejledningen)

---

---

---

Tager du anden medicin? For hvad og hvilken type?  
(smertestillende, blodtryksmedicin, vanddrivende medicin, p-piller)

---

---

---

Hvordan er din generelle helbredstilstand?

---

---

---

Hvordan fungerer din fordøjelse/afføring? (hvor ofte, lugt, form: tynd, hård, blød)

---

---

---

Tager du kosttilskud? (vitaminer, mineraler, fiskeolie, urter) Hvilke?  
(medbring gerne emballage til kostvejledningen)

---

---

---

Hvilken blodtype har du? (Hvis du kender den - 0, A, B, AB)

---

---

---

### **Familiære forhold**

Er der lidelser eller sygdomme i nærmeste familie?

---

---

---

Hvilken kost (generelt) er du vokset op med?  
(søde sager, mælkeprodukter, hvidt brød, pasta, ris, kartofler, grønsager, frugt)

---

---

---



### Begivenheder i dit liv

Gør rede for væsentlige begivenheder i dit liv – ikke detaljeret, kun alder og begivenhed – flytning, skilsmisse, dødsfald, mobning, ulykke, sygdom, ægteskab, børn, karriereskifte etc.

Alder	Begivenhed

### Andre personlige forhold – dit liv lige nu.

Hvordan er din nuværende bolig? Har du evt. tidligere haft problemer med din bolig? (fugt, varme, lys, husdyr, kælder, råd/svamp)

---



---



---

Hvordan er din nuværende arbejdssituation? (positiv, negativ, stresset, natarbejde, studerende, arbejdsløs)

---



---



---

Hvordan er dit nuværende fritidsliv? (positiv, negativ, stresset, ingen)

---



---



---

Hvor mange timer sover du gennemsnitlig pr. døgn?

---



---



---

Hvordan sover du og under hvilke forhold? (i mørke, med lyset tændt, med TV tændt, ro eller uro, afbrudt søvn m.m.)

---



---



---

## Mad og livsstil

Bruger du stimulanser? Hvilke og hvor ofte?

(tobak, kaffe/te, sukker, chokolade, kage, slik, cola, alkohol, rygning etc.)

---

---

---

Hvor ofte drikker du alkohol? Hvilke og hvor meget?

---

---

---

Hvilke madvarer, drikkevarer, stimulanser vil for dig være sværest at undvære?

---

---

---

Hvilke fedtstoffer bruger du?

(margarine, Kærgården, Becel, smør, planteolie, olivenolie, kokosolie)

---

---

---

Hvad drikker du i løbet af dagen? Hvor meget?

(kaffe, te, cola, sodavand, juice, saft, øl, vin etc.)

---

---

---

Hvor meget vand drikker du i løbet af dagen?

---

---

---

Hvilken mad fortrækker du?

---

---

---

Hvor ofte spiser du færdigretter eller fastfood? (pizza, burger, sandwich, chips) Hvilke?

---

---

---

Er der noget mad du overhovedet ikke kan lide eller spiser?

---

---

---

Er der mad du ikke kan tåle eller får det ubehageligt af? Allergi eller intolerance.

---

---

---

Bruger du ofte produkter som indeholder parfume og kemikalier?  
(parfume, creme, kosmetik, skyllemiddel, vaskepulver, rengøringsmidler)

---

---

---

Er du ofte påvirket af mikrobølgeovne, mobiltelefoner, telemaster, el-master e.l.?

---

---

---

Hvordan er dine tænders tilstand?  
(mange fyldninger – sølv eller plast, rodbehandlinger, udskiftning af fyldninger)

---

---

---

Dyrker du motion – hvilken og hvor ofte og hvor længe?

---

---

---

Er der andet i din dagligdag, som påvirker din livssituation?

---

---

---

Hvor har du hørt om Phytokost henne?

---

---