

# Frågeformulär för avgiftningsbehov (FAB)

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.

Terapeuten hjälper dig dessutom med ett individuellt utformat återuppbyggnadsprogram för att optimera din hälsa.

## Energi/aktivitet

trötthet, lathet

passivitet, apati

hyperaktivitet

rastlöshet

Summa

## Hjärna

dåligt minne

förvirring, dålig fattningsförmåga

dålig koncentrationsförmåga

dålig fysisk koordination

svårighet att fatta beslut

stammning

otydligt tal

inlärningsproblem

Summa

## Hjärta

oregelbundna eller missade

hjärtslag

snabba eller dunkande hjärtslag

bröstsmärta

Summa

## Hud

akne

utslag, eksem, torr hud, klåda

håravfall

rodnader, svallningar

överdriven svettning

Summa

## Huvud

huvudvärk

matthet

yrsel

sömnrubbingar

Summa

## Känslor

humörsvängningar

oro, rädsla, nevositet

ilska, irritation, aggressivitet

nedstämdhet, depression

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

### Lungor

slembildning

astma, bronkit

andnöd

andningssvårigheter

Summa

### Matsmältning

illamående, kräkningar

diarré, lös avföring

förstoppning

känsla av uppsvälldhet

rapningar, gaser

halsbränna

tarm-/magont

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

### Näsa

nästäppa

bihåleproblem

höснуva

nysattacker

överdriven slembildning

Summa

### Vikt

överdrivet ätande och/eller drickande

begär efter särskild mat

övervikt

tvångsätande

vätskevarhållning

undervikt

Summa

### Ögon

vattniga eller kliande ögon

svullna, röda eller klubbiga

ögonlock

påsar eller mörka ringar under

ögonen

suddig syn eller tunnelseende

Summa

### Öron

kliande öron

smärtande öron, öroninflammation

rinnande öron

ringningar i öronen, dålig hörsel

Summa

### Övrigt

behov av att urinera ofta

underlivsklåda/-utsöndring, analklåda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Summa

**Totalsumma** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Datum