

# Hälsoformulär

Ditt namn:

Född år-mm-dd:

Sysselsättning:

Telefonnr:

Adress:

Stad:

Land:

**Vad önskar du hjälp med?**

**Tränar du Qigong?**

Vilka metoder har du i så fall tillägnat dig, och hur länge har du tränat?

**Aptit, diet och matvanor:**

**Matsmältning**, hur ofta avföring, hur är avföringen (lös, torr, kladdig etc), kommer något ut osmält, illamående, rapningar, sura uppstötningar, halsbränna, uppkördhet, ont, svullet, gaser, hemorrojder etc.

**Törst och urinvägarna:**

**Föredrar du svalka eller värme:**

**Svettningar:**

**Sömn:** insomning, drömmar, utsövd etc:

**Energi:** känner du dig generellt trött eller pigg:

**Menstruation:** värk, mycket/lite blod, lång/kort mens, regelbunden etc.:

**Allergier/överkänslighet:**

**Känslomässig balans:** oftast glad, arg, ledsen etc.:

**Övriga vanor;** yrke, motion, rökning, alkohol, droger, mediciner och tillskott:

**Barn;** hur många, gick födseln bra etc.:

**Har du några besvär med:**

Huvudområdet; yrsel, hår etc:

Ögon näsa/bihålor mun; tänder, tandkött, blåsor, muntorrhet etc :

Öron :

Hals/nacke rygg bröst:

Hjärta, tryck, andning etc.:

Underlivet :

Armar och ben :

Hud och naglar :

---

**Biyunakademin's Hälsocenter**

**Johan Enbergs väg 20**

**171 61 Solna**

**08-526 94 111**

**info@biyun.se www.biyun.se**