|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn** |  | | **Fødselsdato** | | 8.7.78 |
| **Kjønn** |  | | **Sivilstatus** | | gift |
| **Telefon** | 47260146 | | **Antall og alder på evt. barn** | | 2 barn, 11 og 17 år |
| **E-post** |  | | **Yrke** | | skoleassistent |
| Fortell kort hvorfor du ønsker yogaterapi i prioritert rekkefølge | |  | | | |
| Beskriv evt. tidligere yogaerfaring (kurs, retreats, egenpraksis o.l.) | | Har aldri prøvd yoga før og har lyst til å prøve dette for å komme videre i prosessen | | | |
| Positive mål for yogaterapien? | | Ønsker å få en boost, få noen verktøy i hverdagen | | | |
| **Medisinsk historie** | | | | | |
| Har du nummenhet, smerter, begrensninger (strek under):  **Nakke - Skuldre-håndledd - hender, albue - kjeve – øvre del av ryggen – Nedre del av ryggen – Sakrum – Hofter -Knær – Ankler - Føtter** | | Operasjoner: | | | |
| Ulykker / Skader:  Bekkenet, hatt siden graviditet med første, begynte med bekkenløsning. Får behandling for dette nå. | | | |
| Har du noen **hjerte-kar sykdommer/utfordringer** som: Høyt/lavt blodtrykk, hjerteinfarkt, astma, kols, annet | | Nevn evt. symptomer, diagnose, behandling  Høyt blodtrykk siden i fjor høst, 22. september, går på blodtrykksmedisin. Tar bricanyl ved behov. Daglig inuxair, brukes morgen og kveld. | | | |
| **Har du noen fordøyelses plager som:** IBS, forstoppelse, Refluks/sure oppstøt, oppblåsthet, annet. | | Nevn evt. symptomer, diagnose, behandling | | | |
| Har du noen **kvinnerelaterte plager** som:manglende, uregelemessig eller smertefull menstruasjon, kraftig menstruasjon, PMS, Menopause, inkontinents, annet. | | Nevn evt. symptomer, diagnose, behandling  Har spiral. Har ikke hatt mensen på fire år. | | | |
| Har du **andre** **helseplager** som: kreft, diabetes, leddgikt, epilepsy, slag, fibromyalgi, hodepine, migrene, annet | | Nevn evt. symptomer, diagnose, behandling  Amitriptylin, for hodepine og engstelse, tas daglig i 17-18 tiden. | | | |
| Har du **kontakt med lege** eller andre helseinstanser/terapeuter vedr. plagene dine? | | Nevn evt. symptomer, diagnose, behandling  Har mye pollenallergi, fått astma av sprøytene. Vært mye redd for å bli syk. Begge jentene har også astma. Har hatt covid, men det gikk ganske greit. Kjente en del en natt. | | | |
| Tar du noen **medisiner, kosttilskudd, urter**?  List opp med navn, dose og grunnene til at du tar disse. | | Tran, sanasol, tar extra c vitamin og 80 mikrogram vitamin D på vinteren og 40 mikrogram D på sommeren. Ren omega 7 – buckthorn, | | | |
| Hvilket **humør er mest fremtredene** hos deg? Godt humør, glad, depressjon, angst, sinne, annet | | Er mye sliten og blir fort irritert. Kan bli litt sint/streng – kortere lunte og høres neste sur ut innimellom | | | |
| Hva får deg til å **føle deg bedre**?  Interesser – hobbyer – aktivitetene du liker best? | |  | | | |
| **Energinivå:** Bra – dårlig – moderat - uregelmessig | |  | **Appetitt:** Bra – dårlig – moderat - uregelmessig | Regelmessig | |
| **Fordøyelsen:** forstoppet/ regelmessig/ diare | | Følger at melk ikke fungerer så godt. Mye allergi på frukt og grønnsaker. Kokte grønnsaker går greit. | **Søvnkvalitet:** Bra – dårlig – moderat - uregelmessig | Sover veldig bra, legger seg mellom 9 og halv til 6-halv 7. | |
| **Hvordan er det typiske kostholdet ditt? Nevn evt. allergier.** | |  | **Måltider:** Regelmessig  -uregelmessig – spiser sent om kvelden | regelmessig | |
| **Drikker du alkohol?** | | Ja/ Nei  Antall enheter per uke: | **Røyker du?** | Ja / Nei  Antall per dag: | |
| **Drikker du kaffe?** | | Ja / **Nei**  Kopper per dag: | **Trening**  **Hvilken form**  **Hvor ofte** | Timer per dag/uke: | |
| **Er du plaget med søtsug?** | | Ja, kjenner på dette  Visse tider på døgnet?  Visse tider i syklusen? | **Blir du fort sulten etter at du har spist?** | Ja/Nei | |
| **Familiehistorie** | | | | | |
| **Please list any chronic family health conditions:** | | Mor: | | | |
| Far: | | | |
| Besteforeldre: | | | |
| Søsken: | | | |

**Dato/signatur**