

Quantum Biofeedback System - Frågeformulär

OBS! Terapin utförs inte på patienter som:

- Har eller har haft epilepsi
- Har pacemaker
- Har elektrisk hyperreaktivitet
- Är påverkade av droger eller alkohol
- Är gravida
- Är yngre än 8 år

Ditt fulla namn (namn, ev mellannamn, efternamn du föddes med samt det du har i dag):		
Adress (gatuadress, postnummer och ort):		Kvinna 0 Man 0 Båda 0
Födelseort:	Födelsedatum:	Födelsestid:

Din tillfredsställelse med livet på en skala 1-10?	
Antal borttagna organ (tänder, blindtarm, halsmandlar, etc)	
Antal syntetiska läkemedel som används för närvarande	
Antal gånger du intar nikotin per dag	
Antal läkemedel med steroider (tex hormoner) som används/ använts under förra året	
Antal amalgamfyllningar du har nu ink under förra året	
Antal gånger du använder narkotika (ink cannabis) per månad	
Antal diagnostiserade allergier	
Antal olösta mentala faktorer	
Ditt ansvar för din kropp och hälsa på en skala 0 (min) – 10 (max)	
Antal olika sorters frukter och grönsaker (även nötter, bönor) per dag	
Procent fett i kosten per dag (husmanskost = 30%)	
Din personliga stress på en skala 0 (min) – 10 (max)	
Antal produkter med socker per dag (läsk, godis, kakor, etc)	
Antal träningspass per vecka (>20 min motion)	
Antal glas alkohol per dag (genomsnitt utslaget på en vecka)	
Antal koppar/glas koffein (kaffe, svart te, cola, energidryck) per dag	
Antal extrema toxiska exponeringar under livet (kemikalier, strålning, etc)	
Antal större skador under livet (frakturer, slag, etc)	
Antal större infektioner under livet	
Antal glas vatten per dag (1 l = 4 glas)	
Antalet kilo övervik du anser dig ha	