

Journal

OBS: husk på ca. årstal på begyndelse med medicin, operation, generne/sygdomme og allergier.

Hvor er generne på kroppen og hvordan føles de?

Klokkeslæt mht. søvnen også hvis du vågner om natten eller tager lur. Hvis du føler energien falder hvornår?

Hvis du ikke fx ryger eller drikker så sæt et x.

Husk jo flere detaljer jo bedre for mig.

Navn: _____ Fødselsdag: _____

Tlf: _____ E-mail: _____

Job: _____ Bopæl: _____ Social status: _____

Væske: _____

Alkohol: _____ Rygning: _____ Børn: _____

Motion: _____

Søvn: _____

Toilet (nr. 1 og nr. 2): _____

Årsag til at ville have behandling: _____

Sygdomme/gener/irritationer: _____

Johanne Hartung

Tlf: +45 25 36 72 80

E-mail: info@johannehartung.dk



Tidligere sygdomme/gener/irritationer: _____

Avelige sygdomme/gener: _____

Operationer: _____

Medicin (i dosering og navn): _____

Johanne Hartung

Tlf: +45 25 36 72 80

E-mail: info@johannehartung.dk



Kosttilskud(i dosering og navn): _____

Allergier: _____

Morgenmad: _____

Frokost: _____

Aftensmad: _____

Snack: _____

Drikkevare: _____

Johanne Hartung

Tlf: +45 25 36 72 80

E-mail: info@johannehartung.dk

