logo

Adresse

Sundhedsscreening.

Svar på det du kan. Der er ikke rigtige og forkerte svar. Vi bruger dine svar til at være bedre forberedt på vores samtale.

Alder: **Højde:** **Vægt (valgfrit):**

Hvordan er din civilstatus: ægtefælle, samlever/børn?

Hvad arbejder du med?

Hvad håber du at opnå med et vægttab? (fx mere energi, bedre helbred, mindre smerte eller bedre humør)

Bevægelse

Hvordan transporterer du dig til job/skole m.m.?

Hvor mange gange pr. uge motionerer du? Evt. i timer:

Hvilken motion dyrker du?

Søvn, hvile, stress

Hvor mange timer sover du typisk? _____ Føler du dig udhvilet om morgenen? ☐ Ja ☐ Nej

Har du søvnapnø eller mistanke om vejrtrækningspauser under søvn? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Ved ikke

Har du tid til pauser og hvile i hverdagen? ☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej

Hvor stresset føler du dig fra 1–10? _____ Hvad fylder mest?

Historik

Har du diabetes, stofskiftesygdom, PMOS i familien?

Hvornår begyndte du at tage på? Og skete der noget særligt ved det tidspunkt? fx flytning, graviditet, stress, sygdom eller medicin?

Har du prøvet at tabe dig før?, Hvis ja, hvordan og hvor mange gange?

---

logo

Adresse

Tarm



Spiser du kosttilskud, hvis ja, hvilke?

_____

Hvor ofte har du afføring? ☐ Dagligt ☐ Hver 2. dag ☐ Sjældnere

Benytter du dig af afføringsmiddel? ☐Ja ☐ Nej ☐ en gang imellem

Hvilken type afføring har du typisk? - se foto til venstre: _____

Praktisk

Hvem laver mad i husholdningen? Hvem handler mad ind til husholdningen?

_____

Laver du typisk forskellige retter mad til dig og familien, når du lever sundt?

_____

Er du god til at variere din madlavning?

_____

Det mentale

Føler du at du har tid til dig selv og dine behov i løbet af en uge, uddyb gerne dit svar?

_____

_____

Beskriv hvad der sker, hvis du har spist usundt eller er faldet ved siden af:

_____

_____

Hvilke situationer oplever du som er sværest i forhold til at tabe dig?

_____

_____

logo

Adresse

Spiser du mere, når du er stresset, træt, ked af det eller keder dig? ☐ Nej ☐ Nogle gange ☐ Ofte

Spiser du nogle gange store mængder mad på kort tid eller oplever, at du mister kontrollen? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nogle gange

Hvor ofte er du social i løbet af en måned, fx fødselsdage, fester, familiesammenkomster, hygge på terrassen?

Skriv 3 mad/drikke-nydelser som du holder af og har svært ved at undvære.

Du må gerne beskrive din historie omkring vægt og livsstil
