

QUANTUM LIGHT



BY FREQUENCY

Hälsodeklaration:

Namn:

Adress:

Telefonnummer:

Mejladress:

Födelsedag (år, månad, dag):

Födelseland:

Födelseid: (klockslag om du vet – annars skriv 00:00):

Kön:

Vad är orsaken till att du söker dig till Frekvensterapi?

Vilka resultat vill du uppnå?

Hur graderar du din sinnesstämning idag, från 0 - 10:

Hur många organ har du opererat bort. Även tänder som dragits ut (ej mjölk tänder):

Hur många läkemedel (syntetiska, alltså ej naturläkemedel) tar du regelbundet:

Om du röker - Hur många cigaretter per dag röker du:

Hur många steroid- eller hormonpreparat har du tagit det senaste året:

Hur många amalgamfyllningar har du i dina tänder:

Hur många droger (ex. cannabis, kokain etc.) har du tagit den senaste månaden:

Hur många allergier har du (konstaterade):

Hur många olösta mentala faktorer har du (sådant som idag får dig att känna ex. ilska, sorg, frustration etc.):

Hur många procent fett uppskattar du att din kost innehåller? Normal svensk kosthållning där man varken snålar på fett eller äter extremt mycket fet mat innehåller ca 30%:

På vilken nivå uppskattar du att din stress ligger på en skala från 0 – 10 där 10 är max:

Om du svarade 7 eller mer så svara även på nedanstående. (skala 0 – 10) hur mycket stress du har inom:

Inre stress:


Jobb: eller skolstress:

Dålig självkänsla eller dålig ekonomi:

Stress på grund av sjukdom:

Familjestress:

Stress över önskan att saker och ting ska vara annorlunda:

 Ange även (skala 0 – 10) om du har symptom:

Problem med magen:

Problem med svett:

Problem med urin:

Problem med slem:

Problem med menstruation:

Problem med andning:

Problem med huden:

Problem med sömn:

Hur många gånger om dagen mediterar du eller använder någon annan stressreducerande

teknik:

Hur många rotfyllningar har du gjort:

Hur många produkter äter eller dricker du per dag som innehåller socker:

Hur många gånger i veckan motionerar du i 20 minuter eller mer där du höjer din puls:

Hur många alkoholhaltiga drycker dricker du i snitt per dag:

Hur många koppar kaffe, svart te eller annan dryck som innehåller koffein dricker du per dag:

Hur många gånger i ditt liv har du utsatts för extrema mängder av strålning, bekämpningsmedel eller andra kemikalier:

Hur många allvarliga skador/olyckor har du varit med om (ex. benbrott, hjärnskakning):

Hur många allvarliga infektionssjukdomar har du haft:

Hur många glas vatten dricker du varje dag?

Hur många glas naturlig fruktjuice dricker du per dag?:

Anser du själv att du väger för mycket? I sådana fall hur många kilo:

Om du frågar din läkare, hur många kilos övervikt tror du läkaren anser att du har:

Vänligen fyll i och skicka tillbaka via e-post eller ta med dig till din första session

E-post: info@quantumlightbyfrequency.se

QUANTUM
LIGHT



BY FREQUENCY