



Navn: _____

Dato: _____

Måned/dag/år
(xx/xx/xxxx)

Bemærk! Besvar svære symptomer med "X" og svagere med "/"

Har du nogen af følgende symptomer?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggressivitet | <input type="checkbox"/> Gane/svælgkløe | <input type="checkbox"/> Nedsat hørelse | <input type="checkbox"/> Smerter ved vandladning |
| <input type="checkbox"/> Nedsat koncentration | <input type="checkbox"/> Trykken for ørerne | <input type="checkbox"/> Tåreflåd | <input type="checkbox"/> Skedesvamp |
| <input type="checkbox"/> Fordøjelsesproblemer | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Løbende næse | <input type="checkbox"/> Muskelsitren |
| <input type="checkbox"/> Tilpasningsvanskeligheder | <input type="checkbox"/> Ørekløe | <input type="checkbox"/> Stoppet næse | <input type="checkbox"/> Stor sult |
| <input type="checkbox"/> Depressioner | <input type="checkbox"/> Mavekrampe | <input type="checkbox"/> Sviende øjne | <input type="checkbox"/> Trang til søde sager |
| <input type="checkbox"/> Diarré | <input type="checkbox"/> Nysen | <input type="checkbox"/> Bylder | <input type="checkbox"/> Sygelig træthed |
| <input type="checkbox"/> Hukommelsesproblemer | <input type="checkbox"/> Forstoppelse | <input type="checkbox"/> Mundbetændelse | <input type="checkbox"/> Lungebetændelse |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhed | <input type="checkbox"/> Stor tørst | <input type="checkbox"/> Blødende tandkød | <input type="checkbox"/> Mellemebetændelse |
| <input type="checkbox"/> Stort søvnbehov | <input type="checkbox"/> Krampe | <input type="checkbox"/> Parodontose | <input type="checkbox"/> Bihulebetændelse |
| <input type="checkbox"/> Hjerterbanken | <input type="checkbox"/> Ledsmarter | <input type="checkbox"/> Dårlig ånde | <input type="checkbox"/> Pibende vejrtrækning |
| <input type="checkbox"/> Migræne | <input type="checkbox"/> Tør hud | <input type="checkbox"/> Kløe ved endetarm | <input type="checkbox"/> Bronkitis |
| <input type="checkbox"/> Hovedpine | <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Belagt tunge | <input type="checkbox"/> Astma |

Lider du af eksem?

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Generelt på kroppen | <input type="checkbox"/> Indvendig albue | <input type="checkbox"/> Knæhaser | <input type="checkbox"/> Fødder |
| <input type="checkbox"/> Håndled | <input type="checkbox"/> Fingerspidser | <input type="checkbox"/> Mellem fingrene | <input type="checkbox"/> Ansigt |
| <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Bag ørerne | <input type="checkbox"/> Nakke | |

Andet: _____

Tåler du ikke?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parfume | <input type="checkbox"/> Maling | <input type="checkbox"/> Udstødningsgas | <input type="checkbox"/> Jod |
| <input type="checkbox"/> Kosmetik | <input type="checkbox"/> Røg | <input type="checkbox"/> Formaldehyd | <input type="checkbox"/> Krom |
| <input type="checkbox"/> Blomster | <input type="checkbox"/> Tryksvæerte | <input type="checkbox"/> Rengøringsmidler | <input type="checkbox"/> Nikkel |
| <input type="checkbox"/> Krydderier | <input type="checkbox"/> Glycerin | <input type="checkbox"/> Farvestoffer | <input type="checkbox"/> Fugtighed |
| <input type="checkbox"/> Sollys | <input type="checkbox"/> Vand | <input type="checkbox"/> Lysstofrør | <input type="checkbox"/> Varme/kulde |
| <input type="checkbox"/> Insektstik | <input type="checkbox"/> Bilkørsel | <input type="checkbox"/> Opløsningsmidler | <input type="checkbox"/> Syntetiske tæpper |

Din tilstand: 0 = Start på SensiStop! 10 = Absolut fri for symptomer

Din tilstand nu = _____

A B AA AAB EXM IgA IgE/G BALS CH ABIO XAB FARMAK HYPOG CAND