

### Formular

Det er vigtigt at hjemmesiden er et troværdigt og grundigt beskrivende kartotek for helbredeshistorier. Vi forbeholder os retten til eventuelt at forkorte og redigere lidt.

Spørgsmålene er vejledende, og hvis de ikke er fyldestgørende for, at du kan fortælle din historie, er du mere end velkommen til, at uddybe i feltet: "andet". Skriv gerne så detaljeret og grundig beskrivelse, som muligt.

\* skal udfyldes – læs evt. mere under vores persondatapolitik

Ønskes oplysningen værende anonym for offentligheden – Sæt X i firkanten til højre for pågældende oplysning

Fulde navn: *	<input type="checkbox"/>
Fødselsdato [dd.mm.] *	<input type="checkbox"/>
Fødselsår: * Skal være offentlig	<input type="checkbox"/>
Køn: [M/K]: * Skal være offentlig	<input type="checkbox"/>
Postnummer: *	<input type="checkbox"/>
E-mail-adresse: *	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer:	<input type="checkbox"/>
Beskæftigelse:	<input type="checkbox"/>
Civilstand:	<input type="checkbox"/>

Sygdommens/lidelsens navn:	<input type="checkbox"/>
Din alder mens sygdommen/lidelsen stod på?  (Fx "jeg var 37-41 år")	<input type="checkbox"/>
Har du haft lidelsen før?  Hvis ja, hvad fik det væk de andre gange?	<input type="checkbox"/>
Føler du dig/er du erklæret helbredt?  (Eller "hvor helbredt" er du nu?)	<input type="checkbox"/>
Hvor lang tid har du været plaget af lidelsen?	<input type="checkbox"/>

Beskriv din sygdom/lidelse i detaljer:	<input type="checkbox"/>
<b>Gerne beskrevet grundigt</b>	<input type="checkbox"/>
Fx	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysiske gener?</li> <li>Psykiske gener?</li> <li>Hvor tit opstod generne?</li> <li>I hvilken forbindelse opstod generne typisk?</li> <li>Hvordan påvirkede generne dit liv generelt?</li> <li>Hvilke ting måtte du gøre i hverdagen for at tage hensyn til din sygdom/lidelse?</li> <li>Andet?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Hvordan var dit humør under sygdommen/lidelsen:  (Fx: glad, trist, tilfreds, utilfreds, Hvad med dit arbejdsliv og privatliv?)	<input type="checkbox"/>
Hvordan var dine kost og motionsvaner før og under sygdommen/lidelsen?	<input type="checkbox"/>
Hvad tror du grunden var til du blev syg/fik lidelsen?	<input type="checkbox"/>
<b>Gerne beskrevet grundigt</b>	<input type="checkbox"/>

Hvornår og hvordan begyndte helbredelsen eller lindringen?
Hvor lang tid varede helbredelsesforløbet?
Hvordan følte du helbredelsen/lindringen fysisk og psykisk?
[Fx ubehageligt/behageligt]

Brugte du en behandlingsmetode/terapiform? Hvilken?
Havde du en behandler tilknyttet eller behandlede du dig selv?
Evt. hvor mange gange fik du terapi?
Hvor kendte du evt. terapiformen fra?
Var der en læge tilknyttet? Hvordan bidrog han?

Ændrede du dine kostvaner? [Hvis ja, hvordan?]
Ændrede du dine motionsvaner? [Hvis ja, hvordan?]
Tog du vitaminer, mineraler eller andre kosttilskud? [Hvis ja, hvilke?]
Indtog du homøopatisk medicin?
Indtog du farmakologisk medicin? [Fx paracetamol, ipren, osv]

Foretog du nogen holdningsmæssige/indre ændringer under forløbet?
Visualuserede du? [Fx forestillede du dig at du blev rask?]
Foretog du andre ændringer du mener påvirkede din helbredelse positivt?
Skete der nogen ændringer i dit arbejdsliv eller privatliv.
Hvordan er dit humør efter helbredelsen begyndte?
[Fx: glad, trist, tilfreds, utilfreds, tilfredsstillende arbejdsliv og privatliv?]

Hvad mener du er de væsentligste grunde til at du blev rask?
<b>Gerne beskrevet grundigt</b>
Var der noget særligt der inspirerede dig?
Evt. gode råd til andre i samme situation?
Andet: