

	TAK	NIE
1. Czy często chorujesz	☐	☐
2. Czy często miewasz afty/pleśniawki	☐	☐
3. Czy masz „obłożony” język rano	☐	☐
4. Czy często jest Ci zimno	☐	☐
5. Czy często jest Ci za ciepło	☐	☐
6. Czy często masz zimne ręce lub/i nogi	☐	☐
7. Czy miewasz migreny	☐	☐
8. Czy masz bóle stawów lub inne problemy ze stawami	☐	☐
9. Czy cierpisz na bezsenność	☐	☐
10. Czy śpisz „za długo”	☐	☐
11. Czy często czujesz się zmęczona/zmęczony	☐	☐
12. Czy masz łamliwe paznokcie lub wypadające/łamliwe włosy	☐	☐
13. Czy masz problem z grzybem/pleśnią w domu	☐	☐
14. Czy miewasz uczucie suchych/swędzących oczu	☐	☐
15. Czy miewasz stany depresyjne lub silne wahania nastroju	☐	☐
16. Czy masz nadwrażliwość na zapachy	☐	☐
17. Czy masz plomby amalgamatowe (srebrne)	☐	☐