

Proszę w spokoju i skupieniu odpowiedzieć na poniższe pytania, będzie to wymagało chwili czasu ale im dokładniej udzieli Pan/Pani odpowiedzi, tym dokładniejsza będzie diagnoza. To nie jest ankieta, na podstawie której będę Panią/Pana oceniać- jest ona po to, bym mogła lepiej Panią/Pana poznać a potem, w konsekwencji, pomóc.

Imię i nazwisko:

Wiek:

Waga:

Wzrost

KONTAKT

NR TEL.

MAIL:

Główna dolegliwość: (proszę uzupełniać długopisem puste pola pod pytaniami)

I. Dzieciństwo:

Czy urodził(a) się Pan/Pani w sposób naturalny? Czy ciąża przebiegała prawidłowo?

Czy był Pan/Pani karmiony/a piersią?

Czy przebywał/a Pan/Pani w dzieciństwie jakieś choroby? Jakiej? Jak je leczono?(antybiotyki, sterydy?)

Choroby występujące w rodzinie:

Czy rodzice, dziadkowie, rodzeństwo poważnie chorowali/chorują? Jeśli tak, na co?

Czy występują lub występowały w Pana Pani rodzinie choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie?

Zachowanie:

Czy był Pan/ była Pani otwartym, energicznym i wesołym dzieckiem?

Młodość:

Czy poziom energii życiowej zmieniał się na przestrzeni lat? Czy kiedyś było jej dużo więcej niż teraz? Jeśli tak, z czego wynikało?

KOBIETY - miesiączkowanie i ciąża

Od którego roku życia Pani miesiączkuje?

Jak długo trwa miesiączka? Co ile dni występuje krwawienie?

Czy jest obfite/skąpe? Jaki jest kolor krwi? Czy we krwi zdarzają się skrzepy? Czy pojawia się plamienie przed lub po miesiączce? Jakiego koloru? Jak przebiega środek cyklu? (plamienie, śluz?)

Czy stosowane są środki antykoncepcyjne? Jakiej?

Czy była Pani w ciąży? Czy przebieg ciąż(y) był prawidłowy, poród/y naturalny?

KOBIETY - menopauza

Czy przechodzi Pani lub przeszła menopauzę? Ile miała Pani lat? W jakim wieku Pani mama zaczęła menopauzę? Czy cierpi Pani na typowe objawy menopauzalne? (poty w nocy i dzień, uderzenia gorąca, bezsenność, drażliwość etc)

II. Życie zawodowe

Wykonywana praca?

Czy jest stresująca i wymagająca? Czy nie cierpi Pan/Pani na wypalenie zawodowe?

Czy lubi Pan/Pani swoją pracę?

III. Główne dolegliwości - proszę wpisać X przy dokuczających Panu/Pani dolegliwościach lub odpowiedzieć na pytania:

Głowa, bóle, szumy uszne, migreny

Kręgosłup – bóle, zwyrodnienia, bóle stawów

Temperatura ciała, w okresach zdrowia/choroby?

Poty – stałe, spontaniczne, w nocy, zapach/kolor

Wydalanie moczu i obrzęki – kolor moczu, częstotliwość?

Wypróżnianie – stolec, wygląd, kolor?

Stolec miękki, gliniasty, potrzeba dużo papieru do podtarcia, a muszla bywa oklejona

Zaparcia - stolec twardy, suchy

Nieregularne wypróżnianie

Poczucie niepełnego wypróżniania

Trawienie – kwaśny, metaliczny smak
w ustach, uczucie mdłości po śniadaniu

Wzdęcia, gazy, refluks

Oddychanie, zadyszki, bezdech senny

Nos, katar, polipy, węch

Gardło – bóle, chrypki, drapania, migdałki

Oczy – swędzenia, pieczenia, tendencje do przekrwienia

Uszy – słuch, bóle, piski, wydzielina

Sucha skóra suche włosy

Trądzik, wysypka, inne zmiany skórne

Sen – zły sen, problem ze wstawaniem, problem ze zaśnięciem, bezsenność

Często się wybudzam - w jakich godzinach?

Potrzebuję więcej snu niż kiedyś

Budzę się zmęczona/y

Ile godzin snu potrzebuję, by czuć się wypoczętym?

W ciągu dnia – zmęczenie po południu, senność

Seks, libido – problemy

Mam słaby apetyt

Mam nadmierny apetyt, często czuję głód lub potrzebę jedzenia

Nie mam pragnienia

Czuję pragnienie, ale bez chęci picia

Czuję się wciąż zmęczony/a

Wypadają mi włosy

Mam nieświeży oddech

Mam często zimne stopy/dłonie

Jest mi raczej zimno przez większą część roku

Bolą mnie plecy w odcinku lędźwiowym

INNE – jakie?

Czy Pana/Pani dolegliwości pogarszają się pod wpływem któregoś z tych czynników: zimna, wiatru, wilgoci, gorąca?

Proszę wymienić leki obecnie brane (oraz inne np. zioła, suplementy)?

Czy w ostatnim czasie przeżyła Pani/Pan jakieś trudne emocje? Traumatyczne przeżycia (strata pracy, rozwód, żałoba, ciężka choroba w rodzinie, inne?)

DIETA/ODŻYWIENIE

Co zazwyczaj spożywa Pan/Pani na:

-

Śniadanie

Obiad

Kolację

Przekąski między posiłkami

Jak wielkie jest pragnienie słodczy?

Jak wiele zjada Pan/Pani jogurtów
i przetworów mlecznych?

Czy korzysta Pan/Pani z mrożonych pokarmów?

Jak często spożywa Pan/Pani i w jakiej ilości:

-

Czekoladę

Cukier

Sól

Czy spożywa Pan/Pani regularnie gotowane posiłki? Co to najczęściej jest?

Odżywianie – Proszę uzupełnić puste pola

Czy ma Pani/Pan alergię na jakieś produkty?

Czy ma Pan/ Pani ulubione potrawy? Ulubione smaki? (kwasny, słony , gorzki?)

Jakie jest pragnienie, czy jest chęć na zimne, czy na gorące? jaką ilość płynów Pan/Pani wypija?

Jak często i w jakich ilościach spożywa lub zażywa Pan/Pani:

Alkohol:

Kawa:

Papierosy:

Woda:

Środki odurzające lub uspokajające:

Rodzaj i częstotliwość ćwiczeń fizycznych, ruch na świeżym powietrzu:

Czy pracuje Pan/Pani w jakikolwiek sposób ze swoimi emocjami? (psychoterapia, medytacje, rozwój osobisty, duchowy?)

.....

.....

.....

WYPEŁNIONY DOKUMENT PROSZĘ PRZYNIEŚĆ NA PIERWSZĄ WIZYTĘ (PREFEROWANE) LUB PRZESŁAĆ NA ADRES: weronika.uzdrowisko@gmail.com