

Formularz - 1 wizyta

Uprzejmie proszę o wydrukowanie, dokładne wypełnienie i przyniesienie formularza na 1 wizytę. Nie przyniesienie wypełnionego formularza jest równoznaczne z jego wypełnianiem na wizycie, co znacząco wydłuża czas konsultacji i podnosi koszt wizyty o 50zł.

Imię i nazwisko.....

Adres e-mail i telefon:

CZĘŚĆ I: STAN ZDROWIA

Treść pytania	TAK	NIE
Czy cierpisz lub cierpiałeś(łaś) na jakąś z niżej wymienionych dolegliwości (zaznacz X):		
Wysokie ciśnienie krwi		
Choroby serca		
Cukrzyca typu 1 lub 2		
Wylew krwi do mózgu		
Celiakia (genetyczna nietolerancja glutenu)		
Żylaki, kruche naczynka		
Problemy z wątrobą		
Niedoczynność tarczycy		
Nadczynność tarczycy		
Hashimoto		
Choroby nerek		
Dna moczanowa		
Bóle stawów (nawet drobne dolegliwości)		
Problemy skórne (trądzik, wypryski, wysypki, swędzenia, łuszczenie skóry, ASZ, łuszczyca i inne)		
Choroby autoimmunologiczne		
Bóle głowy (lekkie bóle lub ciężkie migreny)		
Wzdęcia		
Zaparcia		
Biegunki		
Skurcze jelit		
Refluks, zgaga, choroba wrzodowa		
Depresja		

Formularz - 1 wizyta

Stany lękowe, obniżonego samopoczucia		
Skurcze mięśni (np.drganie powieki, skurcze łydek)		
Problemy z koncentracją lub pamięcią		
Przewlekłe zmęczenie (nie ustępujące po nocnym wypoczynku)		
Zaburzenia hormonalne		
PMS		
Bolesne, obfite miesiączki		
Endometrioza		
Przewlekłe infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybice		
Inne poważne choroby		
Czy przyjmujesz leki lub suplementy diety? Jeśli tak to napisz jakie?		
Czy w dzieciństwie była stosowana dieta bezglutenowa lub bezmleczna?		
Czy w dzieciństwie często przyjmowane były antybiotyki?		
Czy przeprowadzane były testy alergiczne na alergie wziewne lub pokarmowe IgE?		
Czy przeprowadzane były testy na nietolerancje pokarmowe IgG zależne?		
Czy cierpisz na alergię pokarmową? Jeśli tak to na jakie produkty?		
Czy cierpisz na alergię wziewną lub kontaktową (np. alergia na pyłki, alergia kontaktowa?)		
Czy jesteś w ciąży?		
Czy w ciągu ostatnich 5 lat przeprowadzane były zabiegi operacyjne?		
Czy w rodzinie występuje skłonność do nadwagi?		
Czy odczuwasz senność po posiłkach?		
Czy masz problemy z zasypianiem lub wybudzasz się w nocy?		
Czy codziennie się wypróżniasz?		

Formularz – 1 wizyta

Czy odczuwasz, że w organizmie gromadzi się woda? (np. opuchnięte nogi, palce)		
--	--	--

CZĘŚĆ II: Styl życia i nawyki żywieniowe

- 1) Proszę określić poziom stresu na co dzień (skala od 1-10 gdzie 1 to brak stresu a 10 to bardzo duży stres):
- 2) Czy lubisz słodczyce i jak często je jadasz?
- 3) Czy pijesz alkohol (jeśli tak to ile razy w tygodniu?)
- 4) Jak radzisz sobie ze stresem (czy masz swój sposób na odreagowanie stresu np. idziesz na trening, sięgasz po słodczyce, słuchasz ulubionej muzyki) ?
- 5) Czy jadasz regularnie posiłki?
- 6) Czy pijesz kawę, jeśli tak to w jakiej ilości?
- 7) Proszę podać godziny pracy/szkoły:
- 8) Czy w pracy jest możliwość podgrzania posiłku?
- 9) Proszę podać godziny pobudki porannej i zasypiania:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przygotowania i przesłania drogą elektroniczną zaleceń żywieniowych oraz informacji ofertowych Centrum Dietetyki i Terapii Naturalnych HOLISTIC .

Data:.....

Podpis:.....

WAŻNE: Jeśli masz wątpliwości co do stanu swojego zdrowia, przed zastosowaniem przygotowanych przez nas zaleceń, skonsultuj się z lekarzem. Stosowanie zaleceń żywieniowo-terapeutycznych opracowanych przez naszą poradnię jest dobrowolne oraz na osobistą odpowiedzialność klienta. Zalecamy, aby skonsultować się z lekarzem przed zastosowaniem zaleceń dietetycznych.

Data:.....

Podpis:.....