

## ANKIETA PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

MIEJSCE URODZENIA:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA:

TELEFON KONTAKTOWY:

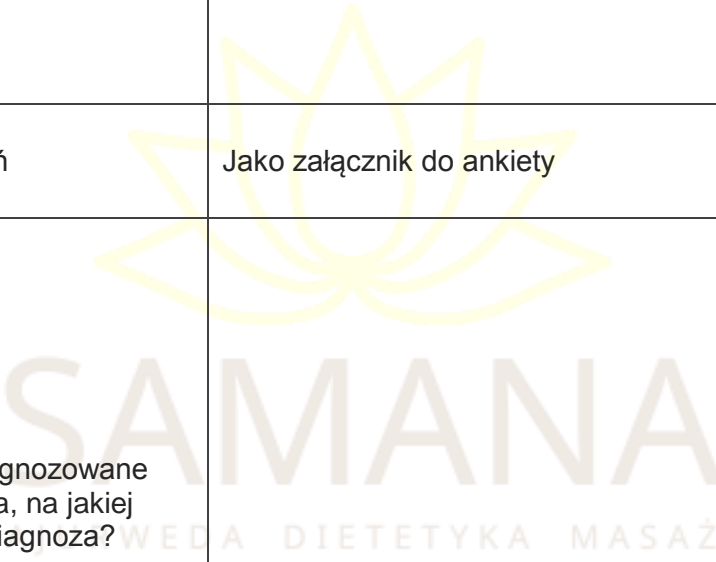
E-MAIL:

Waga	
Wzrost	
Obwód: klatki piersiowej, talii, bioder, nadgarstka	
Stan cywilny	
Zawód wyuczony i wykonywany	
Status materialny (zakreśl odpowiednie)	Dobry/średni/słaby
Dlaczego chcesz skorzystać z porady terapeuty ajurwedy?	

Główne dolegliwości, z którymi  
przychodzisz po poradę

Historia Twoich chorób



<p>Historia Twoich chorób w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, pradiadkowie, wujostwo)</p>	
<p>Aktualne wyniki badań</p>	<p>Jako załącznik do ankiety</p>
<p>Jakie choroby są zdiagnozowane przez Twojego lekarza, na jakiej podstawie powstała diagnoza?</p>	
<p>Czy zażywasz leki/suplementy/witaminy? Jak i na co?</p>	
<p>Jak duże jest Twoje pragnienie? Jak często potrzebujesz uzupełniać płyny?</p>	

Jak często się wypróżniasz i w jakich godzinach?	
Czy cierpisz z powodu biegunek lub zaparć, jeśli tak, to jak często?	
Czy masz hemoroidy?	
Badanie języka (wypełnia terapeuta)	
Badanie pulsu (wypełnia terapeuta)	
Czy masz dzieci, jeśli tak, ile?	
Jak przebiegają Twoje cykle menstruacyjne, co jaki czas masz miesiączkę? Są bolesne? Obfite?	
Porody/poronienia/cesarskie cięcia/problemy przy porodzie/porody w szpitalu/w domu/ jak wyglądał poróg?	
Czy stosujesz antykoncepcję hormonalną?	
Jeśli nie masz dzieci, czy chcesz je mieć? Dlaczego?	
W jaki sposób się urodziłaś, przez CC, czy siłami natury?	
Czy masz tatuaż, nosisz piercing?	
Czy byłaś chorowitym dzieckiem?	
Jak często stosujesz antybiotykoterapię?	

Zabiegi, operacje	
Opisz swoją aktywność fizyczną	

Czy cierpisz na jakiegokolwiek alergię? Jeśli tak, jakie?	
Jakie leki, suplementy, zioła (w tym herbaty) przyjmujesz?	

Poniżej napisz, jak wygląda Twój 3-dniowy jadłospis

Dzień 1	Śniadanie Obiad Kolacja Inne Napoje
Dzień 2	Śniadanie Obiad Kolacja Inne Napoje
Dzień 3	Śniadanie Obiad Kolacja Inne Napoje

W jakich godzinach jadasz posiłki?	Śniadanie Obiad Kolacja Inne Napoje
Czy często zmieniasz diety?	
Gdzie jadasz posiłki najczęściej? W domu, na mieście, catering?	
Kto gotuje w Twoim domu i jak często?	
Czy planujesz swój jadłospis?	
Czy planujesz zakupy, czy mają one formę spontaniczną?	
Czy spożywasz alkohol?	
Czy palisz papierosy?	
Jak często spożywasz nabiał?	
Jak często spożywasz mięso?	
Jakie warzywa lubisz najbardziej?	
Czy spożywasz rośliny strączkowe?	
Jak dużo wody mineralnej pijesz każdego dnia?	

<p>Określi swoje upodobania żywieniowe, co lubisz jeść najbardziej, jak dużo i jak często?</p>	
<p>Bez czego nie możesz absolutnie żyć?</p>	
<p>Czy pijesz kawę, herbatę czarną lub zieloną?</p>	
<p>Czy spożywasz produkty instant? Dania gotowe, fast foody i inne tego typu pożywienie? Jak często?</p>	
<p>Jak często jadasz kaszę, ryż, i inne zboża?</p>	
<p>O której godzinie chodzisz spać?</p>	
<p>Co robisz przed snem, oglądasz filmy, czytasz książkę, sprzątasz, wyciszasz się?</p>	
<p>Jak często jesz produkty mączne?</p>	
<p>Jak określisz swoją motywację do zmiany trybu życia?</p>	
<p>Jakie są Twoje oczekiwania wobec terapii?</p>	

