

ANALIZA FUNKCJONALNA ORGANIZMU

INFORMACJE OGÓLNE

Imię i nazwisko _____ Wiek _____ Data _____

Data urodzenia _____ E-mail _____

Miasto zamieszkania _____

Numer telefonu kontaktowego _____

Jak się dowiedziałeś/aś o usługach? _____

Preferowana forma kontaktu podczas konsultacji (dotyczy współpracy on-line): skype/telefon

Nick skype (jeśli dotyczy): _____

Powód wizyty: poprawa zdrowia/ poprawa samopoczucia/ poprawa wyglądu skóry, włosów/ profilaktyka zdrowia

Obecna masa ciała _____ Obecny wzrost (cm) _____

PROBLEMY ZDROWOTNE

Proszę wypisać wszystkie dolegliwości zaczynając od najbardziej uciążliwej:

| | Opis dolegliwości | Od jak dawna? | Nasilenie(1-5) | Leczenie |
|----------|-------------------|---------------|----------------|-------------|
| przykład | bóle głowy | 2 lata | 4 | Solphadéine |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

Choroby zdiagnozowane przez lekarza (wypisz wszystkie jeśli występują):

LEKARSTWA

| Nazwa i firma | Dawka | Jak długo? | Powód |
|---------------|-------|------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SUPLEMENTY (WITAMINY/MINERAŁY/ZIOŁA ITD.)

| Nazwa i firma | Dawka | Jak długo? | Powód |
|---------------|-------|------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANTYBIOTYKI

Jak często zażywałeś/aś antybiotyki w ciągu życia?

| | <5 razy | >5 razy | Powód |
|-------------------|---------|---------|-------|
| Dzieciństwo | | | |
| Okres dojrzewania | | | |
| Dorosłość | | | |

ALERGIE

| | Rodzaj alergii | Reakcja |
|---|----------------|---------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

STYL ŻYCIA

SEN

Ile godzin dziennie średnio przeznaczasz na sen? _____

W jakich godzinach zazwyczaj śpisz? _____

Czy budzisz się w nocy? (jeśli tak, o której godzinie ___)

Czy masz problem z zaśnięciem?

Czy cierpisz na bezsenność?

Czy chrapiesz podczas snu?

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Czy czujesz się wyspana po obudzeniu?

Tak Nie

Czy używasz środków nasennych?

Tak Nie

Jeśli tak to proszę sprecyzować _____

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

| TRENING | RODZAJ | ILOŚĆ/TYDZIEŃ | CZAS (MIN) |
|------------|--------|---------------|------------|
| Cardio | | | |
| Siłowy | | | |
| Stretching | | | |
| Równowagi | | | |
| Zespołowy | | | |
| Inny: | | | |

Czy masz motywację do ćwiczeń?

Tak Nie Nie zawsze

Czy podczas treningu doświadczasz niepokojących objawów?

Tak Nie

Jeśli tak sprecyzuj jakich? _____

Czy czujesz się nadzwyczajnie zmęczony lub obolały po treningu?

Tak Nie

Jeśli tak sprecyzuj objawy _____

ODŻYWIANIE

Czy jesteś obecnie na diecie? (wegetariańska/redukcyjna/ eliminacyjna itd.)

Jeśli tak to proszę sprecyzować _____

Czy byłaś/eś w przeszłości na diecie? Tak Nie

Jeśli tak to na jakiej? _____

Czy masz nietolerancję konkretnych składników pokarmowych? _____

Czy nie jesz jakiś potraw? _____

Czy reagujesz niekorzystnie na któreś z wymienionych pokarmów?

- Glutaminian sodu Sztuczne słodziki Czosnek/cebula Ser Owoce cytrusowe
 Czekolada Alkohol Czerwone wino Konserwanty Barwniki

Czy często masz ochotę na słodkie/słone? Tak Nie

Ile posiłków w ciągu dnia spożywasz? _____

Czy opuszczanie posiłków ma duży wpływ na Twój nastrój? Tak Nie

Jak często jadasz poza domem w ciągu tygodnia? 0-1 1-3 3-5 >5 posiłków/tydzień

Proszę zaznaczyć wszystko co się do Ciebie odnosi:

- Jedzenie w pośpiechu
- Przejadanie się
- Jedzenie późno (po 22)/ w nocy
- Niechęć do zdrowej żywności
- Częste podróżowanie
- Częste podjadanie między posiłkami
- Nie lubię gotować
- Jem, ponieważ muszę
- Kocham jeść
- Zawsze jem, gdy jestem zestresowany/a
- Jem zazwyczaj to samo codziennie

DIETA

Proszę wypisać co najczęściej jesz i pijesz w ciągu dnia:

Śniadanie _____

II śniadanie _____

Obiad _____

Podwieczorek _____

Kolacja _____

Napoje _____

Ile porcji (1 porcja=1 garść lub 1 szklanka(250ml) np. 1 porcja=1 jabłko) wymienionych pokarmów zjadasz w ciągu tygodnia?

Owoce (nie wliczając soków) _____ Warzywa (nie wliczając białych ziemniaków) _____
 Rośliny strączkowe (fasola, groch, ciecierzycy, soczewica) _____
 Nabiał _____ Czerwone mięso _____ Ryby _____ Słodycze _____
 Nasiona & orzechy _____ Napoje gazowane _____ Tłuszcze& Oliwy _____

Czy używasz odżywki proteinowej? Tak Nie

Czy pijesz napoje z kofeiną? Tak Nie

Jeśli tak, proszę wskazać ilość:

Kawa (filiżanek/dzień) _____ Herbata(szklanka) _____
 Coca-cola lub napoje energetyczne (puszka/dzień) _____

Czy masz reakcje niepożądane po napojach kofeinowych? Tak Nie

Jeśli tak proszę wyjaśnij jakie _____

PALENIE TYTONIU

Czy obecnie palisz papierosy? Tak Nie Paczki dziennie ____ Ile lat ____

Jaki rodzaj? papierosy cygaro e-papieros marihuana

Czy próbowałeś/aś rzucić? Tak Nie

Czy paliłeś/aś w przeszłości? Tak Nie Paczki dziennie ____ Ile lat ____

Czy jesteś często biernym palaczem? Tak Nie

ALKOHOL

Ile napojów alkoholowych wypijasz w ciągu tygodnia? (*1 drink = 150 ml wina; 0,33 l piwo; 0,4 l mocnego alkoholu*)

1-3 4-6 7-10 >10 Nie pije

Czy miałeś/aś kiedykolwiek problem alkoholowy? Tak Nie

Jeśli tak to kiedy? _____

Proszę wyjaśnić problem _____

Czy korzystałeś/aś z pomocy w celu rozwiązania problemu alkoholowego? Tak Nie

INNE SUBSTANCJE UZALEŻNIAJĄCE (Informacja poufna)

Czy bierzesz obecnie narkotyki? Tak Nie

Jeśli tak, jaki rodzaj? _____

Czy kiedykolwiek w przeszłości używałeś/aś twardych narkotyków? Tak Nie

STRES

Czy czujesz się nadmiernie zestresowany/a? Tak Nie

Czy radzisz sobie z łatwością z kontrolowaniem sytuacji stresowych? Tak Nie

Jak dużo stresu w skali od 1-10 odczuwasz w wymienionych dziedzinach życia?

Praca ____ Rodzina ____ Życie towarzyskie ____ Finanse ____ Zdrowie ____ Inne ____

Czy korzystasz z technik relaksacyjnych? Tak Nie

Jeśli tak to jak często? _____

Z jakich technik korzystasz?

Medytacja Głębokie oddychanie Joga Modlitwa Inne _____

Czy szukałeś/aś kiedykolwiek poradnictwa psychologicznego? Tak Nie

Jeśli tak, z jakim skutkiem? _____

Czy jesteś obecnie na terapii? Tak Nie

Jeśli tak proszę określić jaki to rodzaj terapii _____

Czy doświadczyłeś/aś w życiu traumy? Tak Nie

Jeśli tak, jakiej? _____

Jakie masz hobby lub ulubione aktywności? _____

ZWIĄZKI

Stan cywilny: Kawaler/Panna Żonaty/zamężna Rozwiedziony/a Wdowiec/wdowa

Z kim mieszkasz (wliczając zwierzęta)? _____

Czy masz wsparcie emocjonalne od bliskich? Tak Nie

Jeśli tak, to od kogo najbardziej? _____

PRACA

Obecny zawód: _____

Poprzednie zawody: _____

HISTORIA CHOROBY

Narodźiny:

Poród odbył się: Naturalnie Poprzez cesarskie cięcie

Czy podczas porodu były komplikacje? Tak Nie

Czy byłeś/byłaś chorowitym dzieckiem? Tak Nie

Jeśli tak, to opisz na co chorowałeś/aś i jak często _____

Czy podczas dzieciństwa jadłeś dużo słodczy? Tak Nie

STAN UZĘBIENIA

Czy masz plomby rtęciowe? Tak Nie

Ile razy dziennie myjesz zęby? _____

Czy masz problemy stomatologiczne? Jak tak to jakie? _____

PIELĘGNACJA

Wymień wszystkie kosmetyki, których używasz _____

Czy używasz maści, leków miejscowych przepisanych przez lekarza? Tak Nie

Jeśli tak to jakich? _____

Czy korzystasz z profesjonalnych zabiegów kosmetycznych? Tak Nie

Jeśli tak to z jakich? _____

OBJAWY

Zaznacz wszystkie objawy które pojawiły się u Ciebie w ciągu ostatnich 6 msc (zaznacz znakiem „X”)

| Ogólne | Nasilenie objawów | | |
|------------------------------------|-------------------|---------|----------|
| | łagodne | umiark. | nasilone |
| Zimne stopy i dłonie | | | |
| Nietolerancja zimna | | | |
| Problemy z zasypianiem | | | |
| Zmęczenie | | | |
| Wybudzanie się w nocy | | | |
| Koszmary senne | | | |
| Niska temperatura ciała | | | |
| Głowa, oczy i uszy | | | |
| Bóle głowy | | | |
| Migreny | | | |
| Ból oczu | | | |
| Szum w uszach | | | |
| Wrażliwość na głośne dźwięki | | | |
| Problemy ze wzrokiem | | | |
| Zażółcone oczy | | | |
| Układ mięśniowo-szkieletowy | | | |
| Ból odcinka lędźwiowego | | | |
| Kurcze mięśni | | | |
| Szttywność mięśni | | | |
| Oslabienie mięśni | | | |
| Zapalenie ścięgien | | | |
| Ból stawów | | | |
| Osteoporoza/osteopenia | | | |
| Układ nerwowy | | | |
| Niepokój | | | |
| Depresja | | | |
| Dziury w pamięci | | | |
| Mgła mózgowa | | | |
| Zawroty głowy | | | |
| Drgawki | | | |
| Halucynacje | | | |
| Mrowienie | | | |
| Ataki paniki | | | |
| Omdlenia | | | |
| Myśli samobójcze | | | |
| Paranoje | | | |
| PROBLEMY: | | | |
| -z koncentracją | | | |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| -z pamięcią | | | |
| -z równowagą | | | |
| -z myśleniem | | | |
| Układ sercowo-naczyniowy | | | |
| Ból w klatce piersiowej | | | |
| Nieregularny puls | | | |
| Palpitacje/kolatanie serca | | | |
| Szmerzy serca | | | |
| Zapalenie żył | | | |
| Obrzęki na kostkach/stopach | | | |
| Żylaki | | | |
| Wysokie ciśnienie krwi | | | |
| Niskie ciśnienie krwi | | | |
| Zadyszka, brak tchu po wysiłku | | | |
| Układ wydalniczy | | | |
| Częste infekcje | | | |
| Kamienie w nerkach | | | |
| Nietrzymanie moczu | | | |
| Ból/pieczenie | | | |
| Układ pokarmowy | | | |
| Ból brzucha | | | |
| Wzdęcia | | | |
| Gazy | | | |
| Hemoroidy | | | |
| Refluks przełyku | | | |
| Problemy z przelkaniem | | | |
| Opryszczka | | | |
| Krew w kale | | | |
| Zaparcia | | | |
| Biegunki | | | |
| Nietolerancja: | | | |
| jajek | | | |
| laktozy | | | |
| całego nabiału | | | |
| glutenu | | | |
| drożdży | | | |
| Wymioty | | | |
| Mdłości | | | |
| Nieprzyjemny zapach z ust | | | |
| Biały nalot na języku | | | |
| Dieta | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Bulimia | | | |
| Słaby apetyt | | | |
| Trudności w przybraniu na wadze | | | |
| Trudności z utratą wagi | | | |
| Pragnienie na sól | | | |
| Pragnienie na cukier | | | |
| Zależność od kawy | | | |
| Układ oddechowy | | | |
| Trudności w oddychaniu | | | |
| Suchy kaszel | | | |
| Mokry kaszel | | | |
| Katar sienny | | | |
| Infekcje zatok | | | |
| Skóra | | | |
| Trądzik na plecach | | | |
| Trądzik na klatce piersiowej | | | |
| Trądzik na twarzy | | | |
| Trądzik na ramionach | | | |
| Trądzik różowaty | | | |
| Guzki tłuszczowe w okolicach łokci/łydce | | | |
| Cellulit | | | |
| Sińce pod oczami | | | |
| Czerwienienie się uszu | | | |
| Siniaki | | | |
| Białe krostki na ramionach(niezapalne) | | | |
| Egzema(wyprysk kontaktowy) | | | |
| Pokrzywka | | | |
| Czerwona twarz | | | |
| Tłusta skóra | | | |
| Sucha skóra | | | |
| Łupież | | | |
| Pęknięcia skóry | | | |
| Błada skóra | | | |
| Łuszczyca | | | |
| Bielactwo nabyte | | | |
| Półpasiec | | | |
| Czerwone rozstępy na brzuchu/udach/pośladkach/ramionach | | | |
| Świąd | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Ramion | | | |
| Uszu | | | |
| Nóg | | | |
| Stref intymnych | | | |
| Głowy | | | |
| Skóry ogólnie | | | |
| Paznokcie & włosy | | | |
| Popękane | | | |
| Łamliwe | | | |
| Poobgryzane | | | |
| Z wgłębieniami | | | |
| Postrzępione | | | |
| Pogrubiałe | | | |
| Z białymi plamami | | | |
| Grzybica paznokci | | | |
| Łamliwe włosy | | | |
| Wypadanie włosów | | | |
| Łysienie | | | |
| Węzły chłonne | | | |
| Powiększone/czule węzły chłonne szyjne | | | |
| Inne węzły chłonne powiększone/czule | | | |
| Kobieta | | | |
| Cysty na piersiach | | | |
| Guzki w piersiach | | | |
| Torbiele na jajnikach | | | |
| Słabe libido | | | |
| Endometrioza | | | |
| Suchość pochwy | | | |
| Nieplodność | | | |
| PMS | | | |
| Nieregularne miesiączki | | | |
| Obfite lub bolesne miesiączki | | | |
| Brak miesiączki | | | |
| Włókniaki | | | |
| PCOS | | | |
| Wahania nastroju | | | |
| Poronienie | | | |
| Uderzenia gorąca | | | |
| Placz bez powodu | | | |
| Irytacja/agresja | | | |

MOTYWACJA DO ZMIAN

W skali od 1-5 (1-wogóle; 5-całkowicie) oceń:

W celu poprawy swojego zdrowia jak bardzo jesteś gotowy:

- znacząco zmienić swoją dietę? _____
- brać suplementy diety _____
- notować wszystko co zjadłeś/aś danego dnia _____
- zmodyfikować swój styl życia (sen, obowiązki, czas dla siebie itd.)_____

- wprowadzić techniki relaksacyjne ____
- wdrożyć lub zmodyfikować aktywność fizyczną ____

Czy uważasz że jesteś w stanie sam wdrożyć zmiany w swoim stylu życia i się ich trzymać? Tak Nie

Co według Ciebie może opóźniać lub utrudniać proces zmiany nawyków?

CELE ZDROWOTNE:

Co chciałbyś/chciałabyś osiągnąć po wizycie?

Kiedy ostatni raz czuleś/aś się dobrze? (tak jakbyś chciał się czuć zawsze)

Co Cię motywuje do wprowadzenia zmian w swoim zdrowiu?

Co sprawia, że czujesz się dobrze?

Co sprawia, że czujesz się źle?

Jak Twoje schorzenie wpływa na Ciebie?

Co Twoim zdaniem wpłynęło/wpływa na Twoją obecną kondycję/dolegliwość?

PODPIS