

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wzrost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Masa ciała \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wykonywany zawód \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na jakie choroby chorujesz?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jakie choroby przewlekłe pojawiały się w rodzinie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy jesteś na coś uczulony? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jaką formę aktywności fizycznej wybierasz? Jak często?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ile płynów wypijasz w ciągu dnia? Jakie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak często spożywasz alkohol? Jaki rodzaj?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy palisz papierosy? …………………………

Czy w przeszłości stosowałeś jakieś diety? Jakie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy jadasz poza pomem? Gdzie? Jak często?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wymień suplementy diety, zioła, witaminy jakie stosujesz z własnej inicjatywy oraz ich firmę:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wymień leki i suplementy przepisane przez lekarza i w związku z jakimi dolegliwościami:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak często się wypróżniasz? …………………………

**Które z objawów przewodu pokarmowego zaobserwowałeś u siebie w przeciągu ostatnich 3 miesięcy?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| mdłości | hemoroidy | wzdęcia |
| niestrawione resztki w stolcu | krwawienie dziąseł | gazy  |
| śluz lub tłuszcz w stolcu | suchość w ustach | odbijanie |
| zaparcia | zgaga | krew w stolcu |
| biegunki | trudności w przełykaniu | wymioty |
| intensywny zapach stolca | afty | Inne – jakie?………………………………. |
|  |  |  |

**Inne objawy?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| przewlekłe zmęczenie | nastroje depresyjne | bolesne menstruacje |
| wahania nastroju | skurcze mięśni | Inne – jakie? |
| zimne stopy, dłonie | bóle stawów | ………………………………… |
| wzmożone uczucie gorąca | wypadanie włosów | ………………………………… |
| wzmożone uczucie zimna | łamliwe paznokcie | ………………………………… |
| bóle głowy |  |  |
| problemy ze snem |  |  |

**Które z poniższych dotyczą Twojego apetytu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| napadowe jedzenie | duże porcje | wzmożone pragnienie |
| brak apetytu | zmęczenie po posiłku | trudności z utratą masy ciała |
| wzmożona chęć  | wzmożona chęć  | trudności z przybraniem masy ciała |
| na słodkie | na słone | podjadanie między posiłkami |
|  |  |  |

Wymień 3 główne powody konsultacji w kolejności od najważniejszego do najmniej istotnego

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Przykładowy dzienny jadłospis**

Śniadanie……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….

II śniadanie…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Obiad..…………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

Podwieczorek………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kolacja…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….. ……………………………………………….

 Data Podpis