

KWESTIONARIUSZ PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA..... WAGA..... WZROST.....

TEL..... MAIL.....

RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY.....

Powodem Twojego zgłoszenia jest:

- dieta
- trening

O której przeważnie wstajesz pon- pt:

- Przed 6:00
- 7:00 – 8:00
- O której zechcę
- Pracuję w trybie zmianowym.....(wymień godziny)

O której przeważnie zasypiasz pon-pt:

- 20:00 – 21:00
- 22:00 – 23:00
- 24:00 – 1:00
- Różnie.....(wymień godziny)

O której przeważnie wstajesz w weekend:

- Przed 6:00
- 7:00 – 8:00
- O której zechcę
- Pracuję w trybie zmianowym.....(wymień godziny)

O której przeważnie zasypiasz w weekend:

- 20:00 – 21:00
- 22:00 – 23:00
- 24:00 – 1:00
- Różnie.....(wymień godziny)

Co motywuje Cię do wprowadzenia zdrowego stylu życia:

- Chcę poprawić proporcje swojego ciała
- Chcę wyzbyć się dolegliwości
- Chcę być zdrowy
- Chcę poprawić jakość swojego życia
- Chcę dobrze wyglądać
- Robię to dla innych
- Nic, jestem zmuszony
- inne.....

Czy stosowałeś wcześniej specjalne diety? Jeśli tak, to jakie?
.....**Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w prowadzeniu zdrowego stylu życia?**
.....**Z jaką wagą czułbyś się najlepiej?**
.....**Czy spożywasz posiłki regularnie?**

- tak
- nie

Czy podjadasz pomiędzy posiłkami?

- tak (co?).....
- nie

KWESTIONARIUSZ PACJENTA

Co zazwyczaj spożywasz na:

śniadanie.....
.....
II śniadanie/ lunch.....
.....
obiad.....
.....
podwieczorek.....
.....
kolację.....
.....

Czy lubisz gotować?

- Tak
- Nie

Czy posiadasz w kuchni następujące urządzenia:

- Blender kielichowy
- Blender ręczny
- Gofrownica
- Piekarnik
- Sokowyciskarka / Sokowirówka

Czy są produkty, których nie chcesz uwzględnić w swojej diecie?

- Nie, nie ma takich produktów
- Tak, jest to.....

Czy są produkty, których nie lubisz?

- Nie, nie ma takich produktów
- Tak, jest to.....

Jak często jadasz na mieście?

- Codziennie
- 2 - 3 x w tygodniu
- Tylko w weekendy
- 1 - 2 x w miesiącu
- Nie jadam na mieście

Gdzie jadasz na mieście?

- Bar mleczny
- Cukiernia
- Fast food
- Restauracja

Czy palisz papierosy?

- Tak (jeśli tak, to jak często i ile).....
- Nie

Ile płynów wypijasz w ciągu dnia?

kawa.....
herbata.....
woda.....
soki.....
napoje słodzone.....
napoje gazowane.....
alkohol.....

Określ regularność wypróżnień

- 1 x dziennie
- 2 x dziennie
- Częściej niż 2 x dziennie
- 1 x na dwa dni
- 1 x na trzy dni

KWESTIONARIUSZ PACJENTA

- Rządziej

W jaki sposób przebiegał Twój poród:

- poród naturalny
 poród przez cesarskie cięcie
 nie wiem

Czy byłeś karmiony piersią:

- tak
 nie
 nie wiem

Czy stwierdzono u Ciebie któreś z wymienionych chorób? (potwierdzone badaniami lekarskimi)

- Alergie pokarmowe.....(jakie?)
 Alergie skórne.....(jakie?)
 Celiakia
 Ch. Leśniewskiego - Crohna
 Cukrzyca 1
 Cukrzyca 2
 Hashimoto
 Hipoglikemia
 Insulinooporność
 Nadciśnienie
 Nadczynność tarczycy
 Niedoczynność tarczycy
 PCOS
 RZS
 Wrzodziejące jelito
 inne.....

Przebyte choroby
.....**Choroby w rodzinie**
.....**Czy występują u Ciebie któreś z wymienionych dolegliwości?**

- Biegunki
 Bóle brzucha
 Bóle głowy
 Bóle kręgosłupa
 Bóle mięśni, stawów
 Brak chęci do czegokolwiek
 Brak energii po zjedzeniu posiłku
 Brak motywacji
 Nadmierne owłosienie
 Niepohamowane kompulsywne objadanie się
 Niepohamowana ochota na słodczyce
 Niepohamowana ochota na słone produkty
 Niespokojny przerywany sen
 Niskie libido
 Odczuwany dyskomfort po zjedzeniu produktów
 Problemy z zapamiętywaniem/ uczeniem się
 Problemy z cerą
 Realne sny
 Rozdwajanie włosów i paznokci
 Trudność w oddawaniu stolca
 Wybudzanie się w nocy
 Wymioty
 Wypadanie włosów
 Wzdęcia brzucha
 Zadyszka po przejściu krótkiego dystansu
 Zaniki pamięci krótkotrwałej
 Zawroty głowy

KWESTIONARIUSZ PACJENTA

-
- Zgaga/ pieczenie/ refluks
 - Inne.....
-

Stan fizjologiczny (dotyczy Kobiet):

Czy jesteś w ciąży? (jeśli tak, to który miesiąc).....
Ilość porodów naturalnych.....
Ilość porodów przez cesarskie cięcie.....
Data ostatniego porodu.....

Czy ciąża przebiegała bez komplikacji?

- tak
- nie.....

Czy w najbliższym czasie planujesz ciążę?

- nie
- tak.....(kiedy?)

Czy miesiączkujesz regularnie? - Data rozpoczęcia

- tak
- nie

Czy jesteś pod stałą opieką ginekologa?

- Tak
- Nie

Czy przyjmujesz hormony?

- Tak.....(jakie?)
 - Nie
-

Przebyte Urazy

.....

Rehabilitacja

.....

Przyjmowane leki

.....

Przyjmowane suplementy

.....

Jakie są Twoje oczekiwania względem naszej współpracy?

.....

Skąd dowiedziałeś się o BODY IDEA?

.....

TRENING**Czy uprawiasz sport?**

- Tak
- Nie
- Chcę zacząć ćwiczyć

Jaki sport uprawiasz?
.....**Jaki sport chciałbyś zacząć uprawiać?**
.....**Od jak dawna ćwiczysz?**
.....**W jakie dni tygodnia i o których godzinach masz trening?**

- Poniedziałek godz:
- Wtorek godz:
- Środa godz:
- Czwartek godz:
- Piątek godz:
- Sobota godz:
- Niedziela godz:

Co motywuje Cię do ćwiczeń

- Chcę poprawić proporcje swojego ciała
- Chcę poprawić swoje zdrowie
- Chcę poprawić jakość swojego życia
- Chcę dobrze wyglądać
- Chcę się podobać
- Robię to dla innych
- Nic, nie chcę ćwiczyć
- inne.....

Czy lekarz stwierdził u Ciebie przeciwwskazania do wprowadzenia jakichkolwiek ćwiczeń?

- Tak
- Nie

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/ podpisana oświadczam, iż zapoznałem/łam się z zasadami współpracy i cennikiem, a także poinformowałem/łam o wszelkich dolegliwościach, chorobach i dysfunkcjach mnie dotyczących. Żadnych istotnych zdrowotnie informacji nie zataiłem. Zobowiązuję się stosować do zaleceń i nie działać na niekorzyść naszej współpracy. Warunki są dla mnie jasne i zrozumiałe. W każdej chwili mogę też zrezygnować ze współpracy bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Czytelny podpis
.....**Zgoda na przetwarzanie danych**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez BODY IDEA zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)
- Poinformowano mnie o prawie wglądu do treści moich danych osobowych, ich usunięciu lub poprawieniu

Data, miejsce
.....Czytelny podpis
.....