

NAZWISKO IMIĘ data ur.

Adres Tel. e-mail:

UWAGA: Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

WZROST:	WAGA:	BMI:
Obwód talii:	Obwód bioder:	WHR:
Należna masa ciała ((W-100)-10%):		Idealna masa ciała ((W-100)-15%):

Jaki program Panią / Pana interesuje?	<input type="checkbox"/> Odchudzanie	<input type="checkbox"/> Wzrost masy mięśniowej	<input type="checkbox"/> Zdrowotny
Czy stosował(a) Pan(i) kiedykolwiek jakąś dietę?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jaką? <input type="checkbox"/> ile razy?
Jak często się Pan(i) wypróżnia?			
Czy ma Pan(i) zaparcia / biegunki?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	Jak często?
Jak ocenia Pan(i) swój stan ogólny?		<input type="checkbox"/> dobra forma	<input type="checkbox"/> forma zmienna
O której godz. kładzie się Pan(i) spać?		O której godz. Pan(i) wstaje?	= godz. snu
Czy pali Pan(i) papierosy?	<input type="checkbox"/> Tak. Ile dziennie?	<input type="checkbox"/> Nigdy nie paliłem/am	<input type="checkbox"/> Przestałem/am palić. Kiedy?
Czy pije Pan(i) alkohol?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak. Ile na (D/T/M)?	
Czy pan(i) sama gotuje?	<input type="checkbox"/> Tak. Typ diety?	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy spożywa Pan(i) posiłki na mieście?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak. Jak często?	
Czy spożywa Pan(i) gotowe posiłki?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak. Jak często?	
Czy Pan (i):	<input type="checkbox"/> jeździ samochodem?	<input type="checkbox"/> chodzi pieszo?	<input type="checkbox"/> korzysta z innych środków lokomocji
Jak Pan(i) spędza wolny czas?			
Czy uprawia Pan(i) sport? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak. Jaki?			
Czy ma Pan(i) problem z koncentracją, pamięcią? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Raczej nie <input type="checkbox"/> Tak.. Często?			
Czy ma Pan(i) problemy z cerą/ skórą, włosami, paznokciami? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Raczej Nie <input type="checkbox"/> Tak			
<input type="checkbox"/> opryszczka <input type="checkbox"/> zajady <input type="checkbox"/> trądzik <input type="checkbox"/> łuszczyca <input type="checkbox"/> suchość <input type="checkbox"/> inne			
Czy Pan(i) nadmiernie się poci? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Czy choruje lub chorował/a Pan(i) na: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artretyzm <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> częste przeziębienia <input type="checkbox"/> jaskra <input type="checkbox"/> obrzęki kończyn <input type="checkbox"/> zakrzepica żył <input type="checkbox"/> małopłytkowość <input type="checkbox"/> udar niedokrwieny <input type="checkbox"/> wysoki cholesterol <input type="checkbox"/> cukrzyca insulinowo zależna <input type="checkbox"/> gościec <input type="checkbox"/> kamica nerkowa <input type="checkbox"/> kamienie żółciowe <input type="checkbox"/> kłopoty z kręgosłupem <input type="checkbox"/> osteoporoza <input type="checkbox"/> choroby hormonalne <input type="checkbox"/> nadciśnienie <input type="checkbox"/> niedociśnienie <input type="checkbox"/> zaburzenia płciowe <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy <input type="checkbox"/> nowotwory <input type="checkbox"/> stany pooperacyjne			
<input type="checkbox"/> inne			
Czy ktoś z rodziny chorował na wyżej wymienione choroby?			
Jakie leki Pan(i) przyjmuje (również antykoncepcja, HTZ, suplementy)?.....			
Czy przechodził/a Pan(i) w ostatnim czasie zabiegi operacyjne? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Czy w ostatnim czasie w wyniku operacji / chorób był Pan(i) unierucomiony/a? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Czy czuje się Pan(i) zestresowany/a w codziennym życiu?		<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Czasami
Czy podjada Pan(i) między posiłkami?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Co Pan(i) pije?		Soki, woda mineralna – ile szklanek/ dzień	
Produkty spożywcze: <input type="checkbox"/> Owoce <input type="checkbox"/> Warzywa <input type="checkbox"/> Pieczywo <input type="checkbox"/> Kasze <input type="checkbox"/> Makarony <input type="checkbox"/> Słodycze <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Ryby <input type="checkbox"/> Owoce morza <input type="checkbox"/> Nabiał <input type="checkbox"/>			
Za czym Pan(i) przepada??.....			
Czego Pan(i) nie lubi / nie tknie?.....			