

Zdravotní dotazník

Datum: 200 **Poznámka**

Adresa včetně města a PSČ

Datum a místo narození

Tel:

Jak jste se o nás dozvěděli

Kouření	Ano / Ne	Kdy	Kolik	Alkohol	Ano / Ne	Příležitostně	Krevní skupina
---------	----------	-----	-------	---------	----------	---------------	----------------

Chcete-li být zdraví	matka	otec
Cukrovka		
Vysoký krevní tlak		
Astma		
Srdce		
Obezita		
Duševní onemocnění		
Artritida		
Rakovina		

Minulá onemocnění (včetně operací)

Životní síla, pocit energie
dobrá – střední – nízká (únava)

Povlak na jazyku: ráno hodně/málo, barva: bílá/ žlutá nebo zelená/ tmavá

Přednost dávám počasí: jaro/léto/podzim/zima

Jméno:

Současné obtíže stav:

Strava

- | | |
|--|--|
| a. Kolik sním: málo – středně – hodně | f. Mám žízeň? Ano/ne |
| b. Za jak dlouho hlad po předchozím jídle? | g. Čaj? Jaký? Káva? Mléko? |
| c. Vegetarián – ano/ne | Limonády? Minerálky? |
| d. Jím více: horké / pálivé / slané / mastné / sladké | h. Piji vodu ledovou, o pokojové teplotě |
| e. Zažívací potíže po jídle - nadýmání, bolest, pálení žáhy, pocit těžkosti, ospalost, únava | i. Víno červené/bílé..Pivo ano/ne..Tvrký |
| | j. Jaké množství vody denně? |
| | k. Jaké množství jiných nápojů denně? |
| | l. Kde jím, v jakém prostředí |

Jídelníček (prosím vyplňte podrobný typický 5-denní jídelníček, viz poznámka u jídelníčku)

Snídaně:

Přesnídávka:

Oběd:

Svačina:

Večeře:

Močení

- a. 2 / 3 / 4 / 5 / 6krát denně / v noci
b. b. čirá / žlutá / červená /krev
c. c. pálení / svědění / bolest
d. močová infekce, bolest v ledvinách

Stolice

- a. 1x / 2x / 3 x denně ; pravidelná / nepravidelná
b. s krví / zácpa / průjem/ bobkovitá/bolest
c. řídká – formovaná měkká – formovaná tvrdá
d. plave? potopí se?

Sex, sexuální problémy

Spánek

- a. od..... do.....
b. jaký

Pocení

Pocit zimy/tepla

Cvičení, jaké

mnoho / málo / zápach

Menstruace, prostata

bolestivá ano/ne pravidelná ano/ne silné krvácení ano/ne Premenstruační potíže ano/ne
menopauza ano/ne příznaky? potíže s prostatou? Ano/ne

Váha, jaká v kg nyní..... dříve..... Výška.....cm

- a. štíhlost - jo-jo efekty - lehce zhubnu b.přiměřená, stálá, pomalu přibírám. c.těžká, nehubnu

Léky nebo byliny které berete, užívání:

Smyslové orgány-oči, uši, nos

Napište příp. přiložte výsledky vyšetření (např.krevní obraz) Datum Nález

Závěr

Dávám souhlas s používáním informací pouze lékařem Ecce Vita za účelem předepsání nejvhodnější léčby. Pouze pro vnitřní potřebu Ecce Vita. Data jsou důvěrná a nebudou poskytnuta třetí osobě.Podpis

Ecce Vita-Dr. Frej – centrum přírodní medicíny. Holandská 10, 10100 Praha 10, Tel.: 272765131, 603727600, fax: 272760985, e-mail: info@dr.frej.cz, www.dr.frej.cz

Dotazník na 5 – 7 dnů

(vytiskněte alespoň 5krát a vyplňte ve dny odpovídající běžnému režimu)
(viz poznámka v dolní části dotazníku)

Jméno:

Datum:

Kdy vstávám-

Jak se cítím-

Co se mi zdálo-

Povlak na jazyku - ano/ne

Stolice ano/ne, jaká _____

Snídaně - kdy____; co_____

Nápoje_____

Pocit po snídani_____

Cvičení ano/ne; jaké_____

Nějaké léky nebo vitamíny_____

Jak se cítím dopoledne

Mám hlad ano / ne

Svačina ano/ne, jaká_____ Nápoje_____

Dopolední činnost_____

Oběd - kdy____; co_____

Nápoje_____

Pocit po obědě_____

Léky, vitamíny?_____

Odpolední cvičení ano/ne

Svačina ano/ne, jaká_____ Nápoje_____

Odpolední činnost_____

Večeře - kdy____; co_____

Nápoje_____

Pocit po večeři_____

Léky, vitamíny?_____

Cvičení, pohyb večer?_____

Jak se cítím po celém dni _____

Psychicky_____

Fyzicky_____

Činnost_____

Jídlo_____

Spánek - kdy_____

Meditace ano/ne

Hobby - jaké_____; kdy_____

Tento dotazník neznamená posledních 5 dnů před konzultací. Vyplňujte v typické dny (např. 2 dny v měsíci), které odpovídají Vašemu běžnému stravovacímu režimu, nikoli zrovna dobře dovolené, nemoci apod. K tomuto dotazníku vyplňte ještě hlavní Zdravotní dotazník.