

data ur. _____

Imię i nazwisko _____ telefon kontakt : _____

Grupa krwi _____ A , O , B , AB _____ e mail : _____

Od jak dawna symptomy? _____ czy się pogarszają? _____

Co jest niepokojące? sen praca inne (jakie?) _____

Podkreśl objawy jeśli dotyczą ciebie (np.zaburzenie snu- jeśli tak : zaburzenie snu)

Historia chorób w rodzinie:

Alergie	miażdżyca	udar, wylew, wys ciś	cukrzyca	choroby skóry
Nowotwory	astma	nagle ataki, padaczka	otyłość	inne:

Historia chorób pacjenta:(były, terazniejsze i znaczące)

operacje		alergie	inne ważne:
		Nietolerancje	
		wrzody	
choroby tarczycy		ważne przeżycia	
		samochód, upadek itp.	

Objawy ogólne :

zaburzenia snu	burczenie w brzuchu	Pragnienie / płyny	indywidualny smak:	
pocenie się w nocy	napady głodu	jak często	lubię	nie lubię
gorące stopy w nocy	nie lubię się opalać	kiedy: jeśli gorąco zawsze brak pragnienia	słodki	słodki
zgaga	ochota na zimne napoje	ile	słony	słony
pieczenie i bole żołądka	niechęć do tłustych	co	kwaśny	kwaśny
kw aśny posmak przy odbijani	mdłości po tłustym		ostry	ostry

potrzeba długiego snu, budzę się niewyspany mimo 8- 9 godz snu

sztwym ność rano,ruch pomaga, lepiej śpie po w wysiłku fiz.	wrażliwość na zimno	Wypróżnianie:	Kolor moczu
stolec bez zapachu kilakarotnie w ciągu dnia	zimne Stopy, Nogi, Pośladki	częstotliwość	
chroniczne rozwolnienie	lubię lato, słońce	kolor jasny brąz czarny	
silne wzdęcia po owocach , soku, mleku	częst zimny brzuch	forma luzny suchy	ilość X Diurezy/dzien
potrzeba nocnego oddawania moczu	Spuchnięte nogi, stopy	bez zapachu	
częste oddawanie moczu	wyczerpanie, brak sił, po wysiłku fizycznym też brak sił lub czuje się lepiej	silny zapach	
bóle kregostupa	silna potrzeba dopalania kawa cola		

Ginekologiczne

1sza miesiączka	czas trwania okresu	suchość pochwy	liczba ciąż	ostani okres 1szy dzień
.....	nieregularne	zapach	liczba porodów	
długość cyklu co ile	bolesne	zakrzepy	przedwczesne porody	
.....	PMS		wiek menopauzy	

Stosowane teraz leki, suplementy wymień:

Gdy nadwaga / otyłość

waga docelowa: _____ **najniższa waga:** _____ **najwyższa waga (okoliczności):** _____

Problemy podczas odchudzania: _____

Sytuacje, które powodują, że zaczynam jeść:

Inne **emocje**, które powodują, że zaczynam jeść:.

stosowane **kuracje odchudzające** i czy wystąpił **efekt jo-jo?**

Jakie produkty , płyny jadłaś/eś na przykładzie 3 wybranych ostatnio dni:

Posilek	Godzina	Jakie produkty, potrawy, ile	
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Posilek	Godzina	Jakie produkty, potrawy, ile	
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Posilek	Godzina	Jakie produkty, potrawy, ile	
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Wymień ulubione(spożywane minimum 3 x w tyg) produkty żywnościowe :

! Nie lubię i nie jem

Owoce

Warzywa

Mięso

Nabiał

Produkty zbożowe

Strączkowe

Ryby

Potrawy ulubione (np. zupy, sosy, pieczenie, sałatki, koktajle)

Napoje

Przyprawy , tłuszcze

Data / Podpis :