

		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? <input type="checkbox"/> sen		<input type="checkbox"/> praca	<input type="checkbox"/> inne (jakie?)

Podkreśl objawy jeśli dotyczą ciebie (np.zaburzenie snu- jeśli tak : <u>zaburzenie snu</u>)					
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		Wypróżnianie:	Kolor moczu		
szywy noś rano,ruch pomaga, lepiej śpie po w wysiłku fiz.		wrażliwość na zimno	częstotliwość		
stolec bez zapachu kilakarotnie w ciągu dnia		zimne Stopy, Nogi, Pośladki	kolor jasny brąz czarny		
chroniczne rozwolnienie		lubię lato, słońce	forma luzny suchy	ilość X Diurezy/dzien	
silne wzdęcia po owocach , soku, mleku		częst zimny brzuch	bez zapachu		
potrzeba nocnego oddawania moczu		Spuchnięte nogi, stopy	silny zapach		
częste oddawanie moczu		wyczerpanie, brak sił, po wysiłku fizycznym też brak sił lub czuje się lepiej			
ból 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	
Nabiał	
Mięso	
Produkty zbożowe	
Ryby	
Strączkowe	
Potrawy ulubione (np. zupy, sosy, pieczenie, sałatki, koktajle)	
Przyprawy , tłuszcze	
Napoje	

.....
Czytelny podpis

.....
Miejscowość i Data

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez „ERBE Agnieszka Haszczyńska” z siedzibą w Warszawie, adres: 02-765 Warszawa al. Wilanowska 95 lok. 44, w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności „ERBE Agnieszka Haszczyńska”.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/am również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez „ERBE Agnieszka Haszczyńska” z siedzibą w Warszawie, adres: 02-765 Warszawa al. Wilanowska 95 lok. 44o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

..... **czytelny podpis**

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

§Podstawa prawna:

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO* w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).