

## KARTA PACJENTA

Imię , nazwisko .....wiek:.....Grupa krwi .....

Wzrost .....Waga..... kg, e-mail.....

tel. ....Skype:.....Facebook.....

**1. Czy przyjmuje Pan/i leki, środki antykoncepcyjne, zioła, homeopatię, suplementy. Jeśli tak to co oraz w jakiej dawce?**

**2. Czy przeszedł/ła Pan/i jakiś zabieg chirurgiczny, pobyt w szpitalu lub doświadczyła traumatycznych przeżyć (śmierć osoby bliskiej, utrata pracy, wypadek etc.), był/a poddana chemio/radioterapii, antybiotykoterapii /leczeniu sterydami/hormonami/ psychotropami etc?**

**3. Jakie jest obecnie Pana/i samopoczucie/ kondycja psychiczna?**

**4. Czy jest Pani aktualnie w ciąży albo w okresie karmienia? (w przypadku Panów proszę wpisać: nie dotyczy)**

**5. Czy jest Pan/i na coś uczulona/y lub ma podejrzenie o nietolerancję? Jakie są objawy?**

**6. Czy posiada Pan/i tatuaże, kolczyki w ciele, amalgamatowe wypełnienia („srebrne plomby”) w jamie ustnej oraz ma problemy stomatologiczne (implanty, próchnica, martwe zęby, aparat ortodontyczny, choroby przyzębia, np. paradontoza, afty)?**

**7. Czy są w Pana /i rodzinie jakieś choroby dziedziczne, jeśli tak jakie?**

**8. Czy w Pana/i stylu życia są używane: narkotyki, alkohol, nikotyna, kofeina, papieros elektroniczny, leki przeciwbólowe; fast foody, cukier/słodycze, mikrofalówka, puszki, mrożonki, żywność modyfikowana genetycznie? Jeśli tak, to jak często?**

**9. Jaki rodzaj pracy Pan/i wykonywanej na co dzień (w przypadku emerytów i rencistów proszę o informację czym zajmował/a się Pan/i niegdyś zawodowo)?**

**10. Aktywność fizyczna, na co dzień (rodzaj, częstotliwość, ilość godzin)?**

**11. Czy często Pan/i podróżuje, zmienia strefy czasowe?**

**12. Ile godzin przed snem korzysta Pan/i z TV, komputera, tableta, telefonu?**

**13. Czy dobrze Pan/i śpi w nocy i rano jest wypoczęty/a? Ilu godzin snu Pan/i potrzebuje by się dobrze czuć?**

**14. O której godzinie zazwyczaj Pan/i wstaje oraz kładzie się spać? Czy w ciągu dnia Pan/i śpi lub odpoczywa?**

**15. Jak wygląda Pana/i jadłospis. Proszę o podanie godzin posiłków oraz po trzy przykłady na każdy posiłek co Pan/i je?**

**a) pierwsze śniadanie godz.**

**I**

**III**

**II**

**IV**

**b) drugie śniadanie godz.**

I	II
III	IV

**c) obiad godz.**

I	II
III	IV

**d) przekąski w ciągu dnia godz.**

I	II
III	IV

**e) kolacja godz.**

I	II
III	IV

**16. Jakich rodzajów tłuszczu używa Pan/i na co dzień do pieczywa, makaronów, kasz, sałatek, a na jakim smaży lub piecze potrawy?**

**17. Co Pan/i pije na co dzień (jaki rodzaj płynów) oraz jaką ilość? Czy po g. 19.00 pije Pan/i dużo płynów?**

**18. W jakim rodzaju czajnika gotuje Pan/i wodę do picia?(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

- a) bezprzewodowy
- b) metalowy
- c) ceramiczny
- d) szklany

**19. Czy używa Pan/i filtra do wody do picia oraz filtra do prysznicy?**

**20. Posiłki są przygotowywane na płycie (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):**

- a) indukcyjnej
- b) ceramicznej
- c) gazowej

**Używam (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):**

- a) garnki ze stali nierdzewnej
- b) garnki ceramiczne
- c) garnki aluminiowe
- d) garnki szklane
- c) patelnia teflonowa
- d) patelnia ceramiczna

**21. Czy wypróżnia się Pan/i codziennie? ile razy? czy w stolcu jest: krew, śluz, resztki pokarmu?**

**22. Ile razy oddaje Pan/i mocz? Czy wstaje Pan/i w nocy do toalety?**

**23. Jaki kolor ma Pana/i mocz? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):**

- a) przezroczysty,
- b) słomkowy,
- c) ciemnobrunatny

**24. Ile godzin dziennie korzysta Pan/i z komputera, TV, tel. kom.?**

**25. Czy używa Pan/i neutralizatora (odpromiennika) radiestezyjnego szkodliwego promieniowania?**

**26. Myje Pan/i zęby pastą z fluorem czy bez fluoru ?**

**27. Czy używa Pan/i antyperspirantów? Jeśli tak czy jest to z powodu nadmiernej potliwości lub intensywnego, brzydkiego zapachu ciała?**

**28. Ile czasu spędza Pan/i na świeżym powietrzu w ciągu dnia?**

**29. Czy przeprowadzał/a Pan/i kiedyś kurację oczyszczającą z grzybów, pasożytów, metali ciężkich etc. jeśli tak to jaką i jak długo?**

**30. Czy robił Pan/i badanie kontrolne 25-OH? Jeśli tak proszę napisać jaki wyszedł wynik?**

**31. Czy w okresie od października do kwietnia suplementuje Pan/i wit.D3? Jeśli tak w jakiej dawce (ile jednostek)?**

**32. Czy mieszka Pan/i w domu, który był zalany /miał grzyb na ścianach lub w pobliżu spalarni śmieci, fabryki lub zakładu z toksycznymi substancjami albo w pobliżu masztu z wysokim napięciem?**

**33. Jaki jest Pana/i aktualnie powód konsultacji?**

*Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Jednocześnie wyrażam zgodę na otrzymywanie ofert od Gabinetu Dietoterapii , który gwarantuje mi ochronę moich danych osobowych*

**Miejscowość, data Podpis pacjenta**