

Imię i nazwisko, data urodzenia, telefon, mail:

Wzrost: _____ Waga _____

Choroba podstawowa:

Inne choroby przewlekłe:

Leki (dawkowanie):

Suplementy (dawka, sposób stosowania):

Zabiegi operacyjne w przeszłości:

Przebyte infekcje w ostatnim czasie (Kiedy? Czy stosowano antybiotyki?):

Historia stosowana diet(kiedy, jaka, efekty):

OBJAWY	BRAK	BARDZO RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	STALE	OPIS
Suchość skóry						
Problemy z zasypianiem						
Wybudzanie się w nocy						
Niechęć do rannego wstawania						
Problemy z koncentracją						
Częste zapominanie						
Senność w ciągu dnia						
Bóle głowy						
Zawroty głowy						
Uczucie zimna						
Zmęczenie						
Obniżony nastrój						
Bóle brzucha						
Biegunki						
Zaparcia						
Zgaga						
Odbijania						
Wzdęcia						
Mdłości						
Słaby apetyt						

OBJAWY	BRAK	BARDZO RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	STALE	OPIS
Ochota na słodczyce						
Potrzeba podjadania						
Przewlekłe infekcje/zapalenia(dróg oddechowych, zatok, gardła, ucha, oskrzeli, płuc						
Duszności						
Przewlekły katar						
Przewlekły kaszel						
Wysokie ciśnienie krwi						
Niskie ciśnienie krwi						
Nieregularne bicie serca						
Bóle przy wysiłku fizycznym						
Obrzęgi nóg						
Częste oddawanie moczu						
Pieczenie w trakcie oddawania moczu						
Świąt odbytu						
Upławy						
Nieregularny cykl miesięczkowy						
Bolesne miesiączki						
Bolesność piersi						

OBJAWY	BRAK	BARDZO RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	STALE	OPIS
Bóle stawów						
Inne dolegliwości:						

Skala ocen: 1 – bardzo źle | 2 – słabo | 3 – średnio | 4 – dobrze | 5 – bardzo dobrze

Jak oceniasz swój poziom energii w ciągu dnia?

- 1 2 3 4 5

Jak oceniasz swoje ogólne samopoczucie?

- 1 2 3 4 5

Jak czujesz się w swoim ciele na co dzień?

- 1 2 3 4 5

Na ile masz kontrolę nad jedzeniem?

- 1 2 3 4 5

Jak oceniasz swój poziom zmęczenia po posiłkach?

- 1 2 3 4 5

Na ile jesteś zadowolony/a ze swojego obecnego stanu zdrowia?

- 1 2 3 4 5