

# INFORMACJE POUFNE

Ankieta należy odesłać najpóźniej dwa dni przed konsultacją.

---

Data

Imię

Nazwisko

Nr. telefonu

Email

Skype ID

---

## DANE PODSTAWOWE

---

Wiek

Wzrost

Waga

Wykonywany zawód

Dzieci (proszę podać ilość dzieci oraz wiek)

---

## POWODY KONSULTACJI

---

Proszę wymienić symptomy lub schorzenia które Pana/Panią najbardziej martwią?

1) Rok

2) Rok

3) Rok

Inne:

Jakie są Pana/Pani oczekiwania względem terapii?

Co Pana/Pani zdaniem doprowadziło do obecnego stanu zdrowia?

Czy miał Pan/Pani w przeszłości styczność z medycyną naturalną?

---

## OBECNA HISTORIA MEDYCZNA

---

Czy zdiagnozowano kiedykolwiek u Pana/Pani:

cukrzyca	nowotwór
zespół jelita drażliwego	astma
reumatoidalne zapalenie stawów	epilepsja
hemofilia	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
HIV/AIDS	choroby nerek
choroby serca	choroby tarczycy
choroby wątroby	osteoporoza/osteopenia
choroby układu krążenia	choroba autoimmunologiczna
inne	

Proszę podać nazwę choroby autoimmunologicznej? (jeśli wybrano powyżej)

Proszę podać datę diagnozy oraz opisać dolegliwości i symptomy powyższych schorzeń? (co pogarsza lub polepsza symptomy, leczenie i jego efektywność)

Czy została kiedykolwiek wykryta u Pana/Pani któraś z poniższych infekcji:

Helicobacter pylori	HPV
EBV (mononukleozą)	CMV
HSV 1,2,3,6,7,8 (ospa, półpasiec)	MCV (mięczak zakaźny)
pasożyty	E.coli
grzybice/Candida	Borelioza
infekcje pęcherza	
inne	

Proszę podać datę diagnozy oraz opisać symptomy wybranych powyżej infekcji/pasożytów/grzybów?

Badania diagnostyczne w ostatnim czasie? (proszę podać powód badania oraz wynik, dodatkowo jeśli wyniki istnieją w formie elektronicznej, proszę je przesłać razem z ankietą)

Czy ma Pan/Pani niski poziom żelaza/ferrytyny? (proszę podać datę ostatniego badania)

Proszę podać listę konwencjonalnych leków które aktualnie są przez Pana/Panią przyjmowane?

Czy jest Pan/Pani uczulony/a? (jedzenie, leki, pyłki, substancje chemiczne, pleśń, zwierzęta)

Proszę podać listę aktualnie przyjmowanych witamin, minerałów, ziół, leków homeopatycznych oraz innych suplementów? (uwzględniając dawki)

Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką lekarza? (proszę podać specjalizację)

---

## OGÓLNE ZDROWIE

---

Mam wrażenie, że nie czuję się dobrze od.....? (np. konkretne wydarzenie, choroba, śmierć, trauma)

Jak często w roku pojawia się u Pani/Pana przeziębienie lub grypa ?

Jak często przyjmuje Pan/Pani antybiotyki? (proszę podać datę ostatniej kuracji)

Czy cierpi Pan/Pani na:

drganie powiek

problemy z pamięcią

trudno gojące się rany

omdlenia

problemy z koncentracją

zawroty głowy

zmęczenie

skurcze mięśni

słabe mięśnie

Proszę podać lokalizacje skurczy lub słabych mięśni? (jeśli zostały wybrane powyżej)

Czy cierpi Pan/Pani na:

bóle głowy

migreny

Proszę opisać symptomy? (częstotliwość, czas trwania, występowanie w określonej porze dnia, co polepsza lub pogarsza objawy - jedzenie/kawa/pora dnia, proszę opisać ból oraz jego umiejscowienie)

---

## POZIOM ENERGII

---

Proszę podać Pana/Pani aktualny poziom energii?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Czy odczuwa Pan/Pani spadek energii o szczególnej porze dnia lub nocy? (proszę uwzględnić godzinę)

Czy odczuwa Pan/Pani zmęczenie/ospałość po jedzeniu?

Jakie ma Pan/Pani samopoczucie zaraz po przebudzeniu?

---

SEN

---

Czy czuję się Pan/Pani zregenerowany/a po śnie?

Ile godzin przeciętnie śpi Pan/Pani w nocy? (proszę podać od której do której godziny)

Czy ma Pan/Pani problemy z zaśnięciem? (np. martwienie się, krążące myśli, stres, niepokój/lęki)

Czy ma Pan/Pani problemy z wybudzaniem się? (potrzeba skorzystania z łazienki, atak paniki)

Czy budzi się Pan/Pani o konkretnej godzinie? (jeśli 'tak' to o jakiej)

Czy cierpi Pan/Pani na bezdech senny?

Czy w czasie snu pojawia się u Pana/Pani chrapanie?

Czy w czasie snu pojawiają się u Pana/Pani skurcze nóg?

---

## DZIENNIK DIETY

---

Proszę podać jak najwięcej szczegółów odnośnie diety (przybliżoną wielkość porcji, napoje, godziny każdego posiłku).

Śniadanie:

Przekąska:

Obiad:

Deser:

Przekąska:

Kolacja:

Przekąska przed snem:

---

## DODATKOWE INFORMACJE DIETETYCZNE

---

Czy jest Pan/Pani?

wegetarianin

weganin

Czy odczuwa Pan/Pani pragnienie (zachcianki) na konkretne jedzenie?

Ile wypija Pan/Pani dziennie wody?



Ile wypija Pan/Pani dziennie kawy?

Ile wypija Pan/Pani dziennie herbaty? (proszę podać rodzaj herbaty)

Ile wypija Pan/Pani dziennie soków?(świeżo wyciskany, butelkowany, sok 100%, z dodatkiem cukru)

Ile wypija Pan/Pani dziennie napojów?(gazowane, owocowe, etc.)

Czy pije Pan/Pani napoje energetyczne?

Czy pije Pan/Pani alkohol?(jeśli 'tak', proszę podać ilość spożywaną w ciągu tygodnia oraz rodzaj alkoholu)

Czy pali Pan/Pani papierosy? (proszę podać ilość wypalaną w ciągu dnia)

Czy bierze Pan/Pani narkotyki? (proszę podać rodzaj oraz ilość)

Czy ma Pan/Pani problemy ze spożywaniem konkretnych produktów?

Proszę podać listę produktów których Pan/Pani nie lubi lub nie zje?

Czy występują u Pana/Pani poniższe objawy?

częste pragnienie

suchość w ustach

problemy z trawieniem tłustych produktów

mały apetyt

duży apetyt

wieczny głód

kompulsywne jedzenie/objadanie się

Ile spożywa Pan/Pani dziennie owoców? (proszę podać rodzaj oraz ilość)

Ile spożywa Pan/Pani dziennie warzyw? (proszę podać rodzaj oraz ilość)

Ile spożywa Pan/Pani nabiału? (proszę podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia)

Ile spożywa Pan/Pani mięsa? (proszę podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia)

Jakie spożywa Pan/Pani tłuszcze? (proszę podać rodzaje oraz ilość spożywaną w ciągu dnia)

Czy dodaje Pan/Pani sól do posiłków?

Czy dodaje Pan/Pani do posiłków lub napojów - cukier, sztuczne lub naturalne słodziki, miód? (proszę podać rodzaj oraz ilość)

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na:

glutaminian sodu

kofeina

czosnek

cukier

siarczany

cebula

alkohol

ostre przyprawy/produkty

---

### UKŁAD TRAWIENNY

---

Czy cierpi Pan/Pani na:

nietolerancja glutenu(celiakia)

nietolerancja pszenicy

nietolerancja laktozy

alergia na mleko

Czy czuję się Pan/Pani wydęty/a po posiłku? (proszę wymienić produkty)

Czy cierpi Pan/Pani na czkawkę lub bekanie po posiłkach? (proszę wymienić produkty)

Czy cierpi Pan/Pani na refluks (GERD), zgagę lub niestrawność? (proszę opisać objawy, co polepsza lub pogarsza symptomy np. spożywanie określonych produktów)

Czy występują u Pana/Pani wymienione objawy:

wzdęcia 2 godziny po jedzeniu

nietolerancja zapachu

choroba lokomocyjna

bóle głodowe

wysoki cholesterol/trójglicerydy

uczucie pełności po małym posiłku

stosowanie leków na niestrawność

Czy odczuwa Pan/Pani bóle/skurcze brzucha/jelit? (proszę opisać np. po konkretnym produkcie, umiejscowienie bólu/skurczu)

Czy odczuwa Pan/Pani mdłości lub odruch wymiotny? (proszę opisać co polepsza lub pogarsza objawy)

Ile razy dziennie odczuwa Pan/Pani ruchy perystaltyczne w jelicie?

Czy cierpi Pan/Pani na zaparcia? (prosze opisać jak często, po jakich produktach, czy występują w czasie stresu)

Czy ma Pan/pani problemy z bolesnym wypróżnianiem?

Czy cierpi Pan/Pani na biegunkę? (prosze opisać jak często, po jakich produktach, czy występuje w czasie stresu)

Czy występują u Pana/Pani na przemian zaparcia i biegunki? (proszę opisać)

Czy cierpi Pan/Pani na hemoroidy? (czy krwawią, czy są bolesne)

Proszę opisać swój stolec:

luźny

wodnisty

twardy

brązowy

zawiera śluz

zawiera niestrawione fragmenty pożywienia

plywający

tonący

szary

czarny

zawiera krew

---

## DIAGNOSTYKA JĘZYKA

---

Proszę spojrzeć w lustrze na swój język.

Czy widzi Pan/Pani powłokę na języku? (proszę opisać kolor - biała/kremowa/żółta/zielona/szara, czy jest gruba czy cienka)

Czy widzia Pan/Pani pęknięcia na języku? (w którym miejscu)

Czy widzi Pan/Pani odcisk zębów na krawędzi języka?

Czy język jest obolały i czerwony ?

Czy odczuwa Pan/Pani drżenie po wystawieniu języka?

---

## PAZNOKCIE I WŁOSY

---

Czy widzi Pan/Pani białe plamy na paznokciach?

Proszę opisać swoje paznokcie? (słabe, łatwo pękające, miękkie, kruche/łamliwe, infekcja grzybiczna, etc.)

Czy cierpi Pan/Pani na wypadanie włosów?

---

## JAMA USTNA

---

Czy cierpi Pan/Pani na:

opryszczka wargowa	krwawienie dziąseł
nieświeży oddech	bruksizm
zapalenie dziąseł	suche usta
pękające usta (kąciki)	pękające usta (środek)
problemy z zębami	utrata smaku i/lub zapachu
wrzody jamy ustnej	srebrne plomby (kiedykolwiek)
inne	

Proszę opisać wybrane powyżej? (częstotliwość, co polepsza lub pogarsza objawy np. stres, data ostatniego przeglądu uzębienia)

---

## OCZY I USZY

---

Czy cierpi Pan/Pani na:

nawracające zapalenie ucha	niedosłuch
szumy uszne	perforacja błony bębenkowej
inne	

Proszę opisać wybrane powyżej (częstotliwość, co polepsza lub pogarsza objaw np. stres)?

Czy cierpi Pan/Pani na:

krótkowzroczność	jaskra	zapalenie spojówek
zaczernienie oka	zespół suchego oka	żółte białka oczne
dalekowzroczność	katarakta (zaćma)	jęczmień
świąd oczu	łzawiące oczy	cienie pod oczami
inne		

---

## UKŁAD ODDECHOWY

---

Czy cierpi Pan/Pani na:

katar sienny	powracająca angina	zapalenie zatok
zapalenie oskrzeli	duszność	polipy nosa
astma	zapalenie płuc	szmery oddechowe
częste krwawienie z nosa	inne	

Proszę opisać wybrane powyżej? (częstotliwość, czynniki wywołujące, co polepsza lub pogarsza objawy - pyłki/ jedzenie/zwierzęta/pora roku/stres)

Czy aktualnie cierpi Pan/Pani na infekcje układu oddechowego? (proszę opisać)

Czy cierpi Pan/Pani na:

zatkany nos	katar przeźroczysty
katar zielony	katar wodnisty
ból gardła	czerwone, spuchnięte migdałki
ból mięśni	kaszel
katar żółty	cieknący nos
katar ropny	obrzęk błony śluzowej
gorączka	częste kichanie
inne	

Proszę opisać rodzaj kaszlu? (suchy, mokry etc.)



---

## UKŁAD KRAŻENIOWY

---

Czy cierpi Pan/Pani na nadciśnienie? (proszę podać wynik oraz datę ostatniego badania)

Czy cierpi Pan/Pani na niedociśnienie? (proszę podać wynik oraz datę ostatniego badania)

Czy cierpi Pan/Pani na:

bóle klatki piersiowej

skłonność do siniaków

zimne dłonie i stopy

palpitacje serca przy wysiłku

palpitacje serca

żyłaki

spuchnięte stopy/kostki

popękane naczynka krwionośne

Proszę podać swoją grupę krwi?

Czy na co dzień odczuwa Pan/Pani gorąco czy raczej zimno?

Czy cierpi Pan/Pani na zatrzymywanie wody w organizmie?

Czy cierpi Pan/Pani na nadmierne pocenie się?

Czy cierpi Pan/Pani na nocne poty?

---

## UKŁAD MOCZOWY

---

Czy cierpi Pan/Pani na nawracające zapalenie pęcherza moczowego? (proszę podać częstotliwość, symptomy, data ostatniego zapalenia, standardowe leczenie)

Proszę opisać swój mocz:

brzydki zapach                      zawiera krew                      ciemnożółty mocz  
klarowny

Czy występują u Pana/Pani poniższe:

nietrzymanie moczu  
bolesne oddawanie moczu  
niepełne opróżnianie pęcherza  
popuszczanie moczu podczas kaszlu, śmiechu etc  
częste oddawanie moczu  
problemy z opróżnianiem  
parcie na pęcherz  
wybudzanie się w nocy za potrzebą

Proszę opisać wybrane powyżej symptomy?

---

## PLAN CIĄŻOWY

---

Czy planują Państwo ciążę w przeciągu najbliższych 6 miesięcy?

Czy mają Państwo problemy z zajściem w ciążę? (jak długo się Państwo starają?)

Czy leczenie ma uwzględniać plan ciąży?

tak                      nie

---

## KOBIECE DOLEGLIWOŚCI

---

Czy bierze lub brała Pani kiedykolwiek w przeszłości pigułki antykoncepcyjne? (proszę podać rodzaj oraz czas stosowania)

Czy cierpi Pani na grzybicę pochwy/candide? (proszę opisać symptomy oraz częstotliwość)

Czy występują u Pani:

upławy serowate

upławy po współżyciu

swędzenie

bolesne współżycie

rybi zapach

upławy zielone

pieczenie

niskie libido

Czy cierpi Pani na:

endometrioza

mięśniaki macicy

PCOS

polipy

torbiele piersi

Proszę opisać wybrane powyżej? (data diagnozy, leczenie)

Czy cierpi Pani na opryszczkę? (jak często dochodzi do zaostrzenia symptomów)

Czy cierpi Pani na choroby przenoszone drogą płciową? (proszę opisać objawy oraz datę wystąpienia)

---

## CIAŻA

---

Czy jest Pani aktualnie w ciąży? (proszę podać w którym tygodniu)

Czy jest to Pani pierwsza ciąża?

Czy miała Pani w przeszłości problemy z ciążą? (proszę opisać)

Czy miała Pani plamienia? (proszę opisać)

Czy ma Pani poranne nudności? (proszę opisać co polepsza lub pogarsza stan)

Czy cierpi Pani na poniższe?

cukrzyca ciążowa

nadciśnienie tętnicze

toksemia

Proszę wymienić pozostałe objawy związane z ciążą które Panią martwią?

---

## ZDROWIE PO PORODZIE

---

Czy w ostatnim czasie urodziła Pani dziecko? (proszę podać datę)

Czy poród był naturalny czy poprzez cesarskie cięcie?

Czy wystąpiły powikłania w trakcie porodu? (np. trauma)

Jak przebiegła Pani rekonwalescencja po porodzie?

Czy obecnie karmi Pani piersią i czy wystąpiły powiązane z tym problemy?

---

### CYKL MENSTRUACYJNY

---

Czy ma Pani regularną menstruację?

Jak długo trwa u Pani cykl? (proszę podać liczbę dni)

Jak długo trwa krwawienie? (proszę podać liczbę dni)

Jak przebiega u Pani menstruacja? (np. łatwa, trudna etc.)

Czy zauważyła Pani powstawanie skrzepów podczas menstruacji?

Czy cierpi Pani na poniższe?

brak menstruacji

bolesna menstruacja

nieregularna menstruacja

bardzo trudna menstruacja

Proszę podać szczegóły wybranych powyżej?

Czy cierpi Pani na któryś z poniższych symptomów związanych z zespołem napięcia przedmiesiączkowego?

ból piersi	skurcze
wahania nastroju	płaczliwość
zatrzymywanie wody w organizmie	depresja
rozdrażnienie	zachcianki na słodkie

Proszę opisać kiedy występują powyższe - przed czy w trakcie menstruacji?

Czy doświadcza Pani bólu w trakcie menstruacji? (przed lub w trakcie trwania)

Proszę opisać co wpływa na polepszenie lub pogorszenie bólu?

Kiedy ostatni raz wykonywała Pani badanie cytologiczne i jaki był wynik?

---

## MENOPAUZA

---

Czy jest Pani...?

przed menopauzą      w trakcie menopauzy      po menopauzie

Kiedy miała Pani ostatnią menstruację?

Czy korzysta Pani z hormonalnej terapii zastępczej lub rozważa taką możliwość?

Proszę opisać występujące u Pani symptomy menopauzy? (np. uderzenia gorąca, suchość pochwy, depresja, suchość skóry - proszę opisać od jak dawna występują objawy, ich częstotliwość, czas trwania, oraz co polepsza lub pogarsza symptomy)

Czy doświadcza Pani któregoś z poniższych objawów związanych z uderzeniami gorąca?

gorąco zaczyna się od wewnątrz ciała, a kończy na zewnątrz

gorąco zaczyna się w dolnej części ciała i wędruje w górę

poty nocne

drgawki

niepokój

rumień

potliwość

---

## MĘSKIE SPRAWY

---

Czy ma Pan problemy z prostatą? (proszę opisać)

Czy ma Pan problemy z utrzymaniem wzwodu? (proszę opisać)

Czy ma Pan niskie libido?

Czy wystąpiła u Pana kiedykolwiek opryszczka narządów płciowych? (proszę opisać)

Czy wystąpiła u Pana kiedykolwiek choroba przenoszona drogą płciową? (proszę opisać rodzaj choroby, symptomy oraz rok wystąpienia)

---

## SKÓRA

---

Czy cierpi Pan/Pani na:

- |                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| egzema         | grzybica skóry                |
| kurczajki      | zapalenie skóry               |
| łupież         | zółty odcień skóry            |
| trądzik        | bielactwo                     |
| łuszczyca      | świąd (głowa)                 |
| nowotwór skóry | pokrzywka                     |
| świąd (ciało)  | guzki na tylnej części ramion |
| wysypka        |                               |
| inne           |                               |

Proszę opisać powyższe symptomy? (wygląd skóry, której części ciała dotyczy, co polepsza lub pogarsza objawy etc.)

Jaki ma Pan/Pani rodzaj skóry? (np. sucha, mieszana, tłusta, wrażliwa etc.)



---

## UKŁAD KOSTNY

---

Czy cierpi Pan/pani na:

artretyzm

zwyrodnienie stawów

reumatoidalne zapalenie stawów

dna moczanowa (podagra)

Proszę opisać wybrane powyżej? (data diagnozy, których kości/stawów dotyczy, rodzaj leczenia i czy było udane, co polepsza lub pogarsza objawy)

Czy cierpi Pan/Pani na inne problemy związane z układem kostnym?

---

## ĆWICZENIA

---

Proszę podać jak często Pan/Pani ćwiczy oraz rodzaj wykonywanych ćwiczeń?

Jak ocenia Pan/Pani swoją sprawność fizyczną?

1            2            3            4            5            6            7            8            9  
10

Jeśli jest Pan/Pani sportowcem proszę opisać swój plan ćwiczeń, poziom energii po i w trakcie ćwiczeń, czas regeneracji po ćwiczeniach oraz pozostałe ważne informacje?

---

## MASA CIAŁA

---

Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze swojej wagi ciała? (czy czuję Pan/Pani potrzebę zwiększenia lub zmniejszenia swojej masy ciała)

Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek na diecie redukcyjnej? (proszę opisać)

Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia odżywiania? (aktualnie lub w przeszłości, proszę opisać)

DLA SPORTOWCÓW Czy istnieje u Pana/Pani potrzeba zmniejszenia ilości tkanki tłuszczowej lub zwiększenia masy mięśniowej?

---

## ZDROWIE PSYCHICZNE

---

Czy doskwiera Panu/Pani stres lub niepokój? (proszę opisać co powoduje takie uczucia)

Czy miał/a Pan/Pani kiedyś napady lękowe? (proszę opisać kiedy, jak często, objawy oraz prawdopodobną przyczynę)

Z którym z poniższych najbardziej się Pan/Pani utożsamia:?

smutek	zazdrość
myśli samobójcze	plączliwość
brak pewności siebie	perfekcjonizm
depresja	nadpobudliwość
potrzeba towarzystwa	poczucie winy
brak szczęścia	apatia
złość	nieśmiałość
potrzeba współzawodnictwa	ekstrawertyk
introwertyk	
inne	

Proszę opisać swój aktualny stan emocjonalny?

Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia psychiczne? (np. depresja, dwubiegunowość, schizofrenia, zaburzenia obsesyjno kompulsywne)

---

## HISTORIA ZDROWIA

---

Proszę podać wiek Pana/Pani matki w czasie porodu?

Poród:

naturalny	cesarskie cięcie	wywołany	przedwczesny
z użyciem leków			

Czy posiada Pan/Pani rodzeństwo? (proszę podać ilość oraz wiek rodzeństwa)

Czy przebył Pan/Pani którąś z poniższych chorób wieku dziecięcego?

ospa wietrzna

świnka

krztusiec

różyczka

płonica (szkarlatyna)

odra

mononukleozę zakaźną (angina monocytowa)

Czy w dzieciństwie cierpiał Pan/Pani na nawracające infekcje? (przeziębienie, grypa, angina, zapalenie oskrzeli, infekcja ucha)

Proszę opisać poniżej wszystkie wydarzenia związane z Pana/Pani zdrowiem takie jak infekcje, duże stresory, istotne wydarzenia, stosowane leki, kontuzje, hospitalizacje, zabiegi i operacje etc.

Dzieciństwo (od narodzin do 10 roku życia)

Okres dojrzewania (10 lat - 18 lat)

Dorosłość (od 18 roku życia do teraz)

Instytut HOLISTYCZNY

Dieta w dzieciństwie?

Dieta w okresie dojrzewania?

---

### HISTORIA ZDROWIA RODZINY

---

Proszę wymienić wszystkie występujące w Pana/Pani rodzinie choroby? (np. cukrzyca, nowotwory, choroby układu krążenia, zaburzenia psychiczne)

---

## INFORMACJE DODATKOWE

---

Czy chce Pan/Pani podać dodatkowe informacje związane ze zdrowiem?

Instytut HOLISTYCZNY