

## KWESTIONARIUSZ

<b>DANE PODSTAWOWE</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>WIEK</b>	
<b>WZROST</b>	
<b>WAGA</b>	
<b>WYMARZONA WAGA</b> – czy już tyle ważyłeś?	
<b>MIASTO</b> - w okolicy jakiego większego miasta mieszkasz lub dokąd możesz dojechać?	
<b>SPOSÓB KONTAKTU PODCZAS KONSULTACJI</b>	Telefon Skype z kamerą Skype bez kamery
<p>*Jeśli kontaktujemy się <b>telefonicznie</b> – zadzwoń o ustalonej godzinie pod wskazany w mailu numer. Jeśli nie odbiorę, oddzwonię w ciągu kilku minut.</p> <p>*Jeśli kontaktujemy się <b>przez Skype</b> – wyszukaj mnie (nick: Naczynia Połączone) i dodaj do znajomych, dzięki temu będziemy mieli do dyspozycji czata. Zadzwoń o ustalonej porze. Jeśli nie odbiorę – oddzwonię w ciągu kilku minut.</p>	

# CZĘŚĆ I – O TOBIE

## TWOJE OCZEKIWANIA

Jaki jest powód konsultacji?  
Na czym chcesz się głównie skupić?

Co obecnie jest dla Ciebie największym problemem zdrowotnym? Która dolegliwość najbardziej daje Ci się we znaki?

Czego oczekujesz po naszej rozmowie? :)

## TWOJA HISTORIA

Jak przebiegała ciąża z Tobą?  
W jaki sposób przyszedłeś na świat?

Czy byłeś karmiony piersią? Ile czasu?

Jak często w dzieciństwie podawano Ci antybiotyki?

Czy w dzieciństwie stosowałeś przewlekle jakieś leki lub suplementy? Z jakiego powodu?

Choroby przewlekle, nawracające, zakaźne z okresu dzieciństwa

Czy przeszedłeś w życiu jakieś operacje? Jakie?

Od czego rozpoczęły się Twoje dolegliwości?

Czy jako dziecko przeżyłeś jakąś traumę?

Czy łączysz początek dolegliwości z jakimś wydarzeniem w swoim życiu?

## TWÓJ DZIEŃ

O której wstajesz? O której zasypiasz?  
Czy po przebudzeniu czujesz się wyspany?

Czy dobrze śpisz?

Czy wybudzasz się w nocy? Z jakiego powodu?	
Jaki jest Twój poziom energii od 0 do 5: - rano krótko po wstaniu - koło południa - popołudniu - wieczorem	
Jak Twoje obowiązki codzienne wpływają na organizację czasu przeznaczonego na relaks, aktywność fizyczną oraz przygotowywanie jedzenia i sposób spożywania posiłków?	
Rodzaj i warunki pracy (Klimatyzacja, okno, ruch, komputer, przerwy, system zmianowy)	
<b>BADANIA I LEKI</b>	
Wymień wszystkie leki, jakie przyjmujesz wraz z dawkami (również antykoncepcyjne, homeopatyczne, ziołowe)	
Wymień wszystkie suplementy, jakie przyjmujesz włącznie z dawkami (witaminy, minerały, herbatki przeczyszczające, odchudzające, herbatki ziołowe, błonnik, itp.)	
Czy jesteś pod opieką lekarza (jakiej specjalizacji)? Czy jesteś pod opieką innego specjalisty (np. fizjoterapeuta, dietetyk)?	
Czy dotychczasowe leczenie Twoich chorób przynosi efekty? Jakie?	
Jakie są zalecenia specjalistów odnośnie Twojego stylu życia?	

## UWAGI, DODATKOWE INFORMACJE






















## CZĘŚĆ II – TWOJE ZDROWIE

### CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE I GENETYCZNE

Choroby genetyczne	
Nowotwory	
Powracające infekcje	
Choroba Hashimoto	
Choroba Gravesa-Basedowa	
Choroba Leśniowskiego-Crohna	
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	
Mikroskopowe zapalenie jelita grubego	
Celiakia	

Cukrzyca typu I	
Twardzina układowa	
Toczeń rumieniowaty układowy	
Zespół antyfosfolipidowy	
Łuszczyca, łuszczycowe zapalenie stawów	
Zespół Sjorgena	
Niedokrwistość Addisona-Biermera	
Inne choroby autoimmunizacyjne i dolegliwości ze strony układu odpornościowego	
<b>ALERGIE</b>	
Alergie natychmiastowe IgE wziewne i pokarmowe – na co? Jak się objawiają?	
Alergie opóźnione pokarmowe IgG i IgA – na co? Jak się objawiają?	
Astma	
Swędzenie	
Pokrzywka	
Reakcje na chemię i kosmetyki	
Inne reakcje alergiczne	

<b>INFEKCJE</b>	
Borelioza, koinfekcje (babesia, chlamydia, bartonella, itd.)	
Cytomegalia (CMV), Mononukleoza (EBV)	
Wirusowe zapalenie wątroby	
Wirus opryszczki	
Helicobacter Pylori	
Clostridium Difficile	
Yersinia enterocolitica	
Salmonella	
Schigella	
Campylobacter	
Escherichia coli	
Inne infekcje bakteryjne	
Candida, inne grzybice	
Giardia Lamblia	
Glista ludzka	
Blastocystis hominis	
Toksoplazmoza, toksokaroza	
Inne infekcje pasożytnicze	
Infekcje układu moczowego	
Inne infekcje – jakie?	

<b>UKŁAD POKARMOWY</b>																						
Czy zdiagnozowano u Ciebie tzw. „zespół jelita drażliwego”?																						
Czy masz SIBO? W jaki sposób zostało zdiagnozowane i kiedy?																						
O jakiej porze doby pojawiają się objawy?																						
Czy objawy są związane z posiłkami, konkretnymi produktami lub wysiłkiem fizycznym?																						
Co powoduje, że symptomy maleją lub stają się bardziej dokuczliwe?																						
Zapalenie błony śluzowej żołądka, wrzody, nadżerki																						
Częstotliwość wypróżnień																						
Biegunki																						
Zaparcia																						
Wzdęcia, gazy, wzdęcia bez gazów																						
Gazy lub oddech o zapachu zgniłego jaja																						
Konsystencja stolca (opisz/ocień z pomocą Bristolskiej skali stolca, od czego zależą?)	Typ 1: Typ 2: Typ 3: Typ 4: Typ 5: Typ 6: Typ 7:																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>Typ 1</b></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"></td> <td>Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania. Taki kał świadczy o dużych zaparciach.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 2</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty. Taki kał świadczy o lekkim zaparciu.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 3</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni. Jest to kał prawie poprawny.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 4</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Smukły, długi, gładki i miękki. Kał poprawny.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 5</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Kał łatwo wydalany z widocznymi miękkimi drobinami. Kał poprawny.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 6</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Kłaczaste, papkowate kawałki z postrzępionymi krawędziami. Kał biegunkowaty.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Typ 7</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Kał wodnisty, bez stałych elementów (ciecz). Biegunka.</td> </tr> </table>	<b>Typ 1</b>		Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania. Taki kał świadczy o dużych zaparciach.	<b>Typ 2</b>		Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty. Taki kał świadczy o lekkim zaparciu.	<b>Typ 3</b>		Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni. Jest to kał prawie poprawny.	<b>Typ 4</b>		Smukły, długi, gładki i miękki. Kał poprawny.	<b>Typ 5</b>		Kał łatwo wydalany z widocznymi miękkimi drobinami. Kał poprawny.	<b>Typ 6</b>		Kłaczaste, papkowate kawałki z postrzępionymi krawędziami. Kał biegunkowaty.	<b>Typ 7</b>		Kał wodnisty, bez stałych elementów (ciecz). Biegunka.	
<b>Typ 1</b>		Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania. Taki kał świadczy o dużych zaparciach.																				
<b>Typ 2</b>		Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty. Taki kał świadczy o lekkim zaparciu.																				
<b>Typ 3</b>		Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni. Jest to kał prawie poprawny.																				
<b>Typ 4</b>		Smukły, długi, gładki i miękki. Kał poprawny.																				
<b>Typ 5</b>		Kał łatwo wydalany z widocznymi miękkimi drobinami. Kał poprawny.																				
<b>Typ 6</b>		Kłaczaste, papkowate kawałki z postrzępionymi krawędziami. Kał biegunkowaty.																				
<b>Typ 7</b>		Kał wodnisty, bez stałych elementów (ciecz). Biegunka.																				

Czy czujesz ból lub dyskomfort przy wypróżnianiu?	
Jakiego koloru jest Twój stolec?	
Czy w stolcu widoczne są niestrawione resztki pokarmów lub coś innego, co Cię niepokoi?	
Natychmiastowa potrzeba wypróżnienia	
Popuszczanie/nietrzymanie kału	
Bóle brzucha – w którym miejscu?	
Ciężkość w nadbrzuszu	
Burczenie w brzuchu	
Przelewanie w jelitach	
Napięcie brzucha	
Uczucie pełności	
Mdłości	
Odbijanie	
Refluks	
Zgaga	
Nieświeży oddech	
Kolki wątrobowe	
Choroby wątroby	
Choroby woreczka żółciowego	
Zmiany na języku – język geograficzny, nalot itp.	
Inne dolegliwości układu pokarmowego	



## EMOCJE, ZMYŚŁY, UKŁAD NERWOWY

Zespół przewlekłego zmęczenia	
Problemy z pamięcią/koncentracją	
Autyzm/zespół Aspergera	
Migreny, bóle i zawroty głowy	
Stany lękowe/ataki paniki	
Niskie poczucie własnej wartości	
Dystymia (przewlekły stan obniżonego nastroju)	
Depresja	
Nerwica	
Epilepsja	
Schizofrenia	
Agresja	
Płaczliwość	
Zaburzenia słuchu	
Zaburzenia węchu	
Zaburzenia smaku	
Zaburzenia równowagi i koordynacji	
Zaburzenia wzroku, choroby oczu	
Odporność na stres w skali 1-5 Czy masz stresującą pracę? W skali 1-5	
Inne choroby o podłożu psychicznym lub neurologicznym	

<b>SKÓRA, WŁOSY, PAZNOKCIE</b>	
Trądzik pospolity	
Trądzik różowaty	
Pokrzywka	
Łupież	
Wypadanie włosów	
Bardzo sucha skóra	
Ciągłe swędzenie skóry	
Wysypki (jakie, którym miejscu)	
Inne choroby skóry – jakie?	
Łamliwe paznokcie, białe ślady na płytce	
Inne – jakie?	
<b>JAMA USTNA, ZĘBY, GARDŁO, ZATOKI</b>	
Bezdech senny, chrapanie	
Zgrzytanie zębami	
Zaciskanie zębów	
Próchnica	
Parodontoza	
Leczenie kanałowe	
Plomby amalgamatowe	
Krzywy zgryz	
Choroby przyzębia	
Nieokreślone bóle zębów	

Problemy z dziąsłami	
Afty, zajady	
Anginy – jak często?	
Przewlekłe i nawracające zapalenia gardła	
Zapalenia zatok	
Ciągły, lejący katar	
Polipy nosa lub zatok	
Problemy z migdałkami – opisz	
Przeziębienia – jak często?	
Inne – jakie?	
<b>HORMONY, METABOLIZM, GOSPODARKA CUKROWA</b>	
Objętość i stan Twojej tarczycy	
Nadczynność tarczycy	
Niedoczynność tarczycy	
Szybkie przybieranie na wadze „bez powodu”	
Szybkie chudnięcie „bez powodu”	
Ciągłe uczucie zimna	
Wypadanie włosów	
Zatrzymywanie wody w organizmie	
Nadmierne pocenie, brak potu	
Niepłodność	

Zaburzenia libido	
Sucha skóra, wysuszone łokcie lub kolana	
Cukrzyca typu II	
Insulinooporność	
Hipoglikemia reaktywna	
Inne – jakie?	
<b>KOBIETY</b>	
Czy planujesz lub jesteś w ciąży?	
Ile razy byłaś w ciąży i w jakich odstępach? W jakim wieku są Twoje dzieci?	
Twoje samopoczucie podczas ciąży Czy wystąpiły komplikacje? Jakie?	
W jaki sposób urodziłaś? Czy wystąpiły komplikacje? Jakie?	
Czy karmisz/karmiłaś piersią? Jak długo?	
Endometrioza	
PCO/PCOS	
Hirsutyzm	
Upławy – opisz	
Nawracające infekcje intymne	

Grzybica pochwy	
Zespół napięcia przedmiesiączkowego (objawy)	
Bolesne miesiączki	
Nieregularne miesiączki	
Brak miesiączki	
Ile dni trwa Twój cykl?	
Ile dni trwa Twoje krwawienie?	
Obfite miesiączki	
Idiopatyczne bóle i dyskomfort w pochwie	
Menopauza – opisz dokuczliwe objawy	
Inne – jakie?	
<b>MĘŻCZYŹNI</b>	
Czy w bliskim czasie planujesz zostać ojcem?	
Zaburzenia wzrodu	
Zmniejszenie objętości jąder	
Ginekomastia	
Zmniejszenie owłosienia ciała	
Problemy z prostatą – opisz	
Inne – jakie?	

<b>UKŁAD KRWIONOŚNY</b>	
Nadciśnienie	
Niedociśnienie	
Trudno gojące się rany	
Krwotoki	
Miażdżyca	
Tachykardia lub bradykardia	
Choroby serca	
Zakrzepica	
Inne schorzenia układu krwionośnego	
<b>UKŁAD MOCZOWY</b>	
Choroby nerek – jakie?	
Krwimocz	
Parcie na pęcherz, nietrzymanie moczu	
Potrzeba częstego oddawania moczu	
Nokturia (wstawanie za potrzebą w nocy)	
Moczenie nocne	
ZUM (zapalenia układu moczowego)	
Inne dolegliwości i choroby układu moczowego	

<b>KOŚCI, STAWY, MIĘŚNIE</b>	
Bóle stawowe i mięśniowe – w których stawach? Ciągłe czy wędrujące?	
Skrzywienia kręgosłupa	
Osteopenia/osteoporoza	
Inne problemy z układem kostnym – jakie?	
Skacząca powieka	
Zespół niespokojnych nóg	
Dna moczanowa	
Inne schorzenia układów kostno-stawowego i mięśniowego	
<b>CHOROBY W RODZINIE</b>	
<b>Które z wymienionych chorób wystąpiły w Twojej najbliższej rodzinie? (Rodzice, rodzeństwo rodziców, Twoje rodzeństwo, Twoje dzieci)</b>	
Choroby genetyczne – jakie?	
Choroby autoimmunologiczne – jakie?	
Dolegliwości układu pokarmowego – jakie?	
Cukrzyca typu II	
Nowotwory – jakie?	
Choroby tarczycy – jakie?	
Choroby skóry – jakie?	
Hipercholesterolemia / miażdżyca	

Nadciśnienie / niedociśnienie inne	
Choroby serca i układu krążenia – jakie?	
Astma / alergię / nietolerancje – na co?	
Choroby układu rozrodczego – jakie?	
Bóle stawowe, dna moczanowa	
Choroby układu kostnego – jakie?	
Choroby układu moczowego – jakie?	
Problemy natury psychicznej – jakie?	
Autyzm, zespół Aspergera	
Inne – jakie?	
<b>INNE DOLEGLIWOŚCI, UWAGI DODATKOWE</b>	



## CZĘŚĆ III – ODŻYWIANIE, RUCH, OTOCZENIE

### TWOJA DIETA

Czy stosowałaś kiedyś restrykcyjne diety typu Dukan, South Beach, kapuściana, głodówki itp? Z jakim efektem? Dlaczego przerwałaś?	
Czy jesteś na diecie eliminacyjnej? Jakiej?	
Ile posiłków dziennie jesz i w jakich odstępach czasu?	
Czy jesz do syta?	
Czy jesteś "ciągle głodny"?	
Czy w nocy budzi Cię głód?	
Podjadanie między posiłkami – co przegryzasz?	
Wilczy głód – w jakich okolicznościach?	
Napady żarłoczności (kompulsy)	
Spadki energii po posiłku	
Oceń swój przeciętny apetyt w skali od 1 (bardzo mały, jem z rozsądku) do 5 (bardzo duży, zjem konia z kopytami).	
Czy cierpiełaś kiedyś lub cierpisz teraz na zaburzenia odżywiania? Jakiej? Od jakiego czasu?	
Czy lubisz gotować? Czy lubisz eksperymentować w kuchni?	
Jakie sposoby obróbki preferujesz: gotowanie, gotowanie na parze, duszenie, pieczenie, smażenie, surowe, mikrofala	

## CO JESZ?

Napisz, ile i jakich dokładnie produktów spożywasz oraz z jaką częstotliwością.

Owoce

Warzywa

Strączki

Mięso, podroby

Ryby

Tłuszcze stosowane na zimno

Tłuszcze stosowane na gorąco

Kasze, chleby, produkty mączne

Nabiał, mleko zwierzęce

Czy odczuwasz ciągle pragnienie?

Czy słodzisz? Ile, czym?

Woda

Kawa

Herbata

Soki

Inne napoje	
Słodycze	
Alkohol	
Papierosy	
Inne używki	
Produkty, które lubisz	
Produkty, których nie lubisz	
Produkty, na które masz alergię IgE	
Produkty, na które masz alergię IgG lub IgA	

### AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Jak wygląda Twój ruch? (Zaznacz)

0 - **nie ruszam się wcale**

1 - **jestem mało aktywny** (spacery z psem, na zakupy, czasem spacer rodzinny, rekreacyjny nordic walking, joga, rekreacyjna przejażdżka rowerem, itp.)

2 - **jestem średnio aktywny** (ćwiczę 1-3 razy w tygodniu po 30-60 minut, joga, fitness, siłownia, rower, bieganie, Ewa Chodakowska itp.)

3 - **jestem bardzo aktywny** (ćwiczę niemal codziennie po 30-60 minut lub więcej)

Dlaczego tyle? Chciałbyś mniej lub więcej?	
Na czym dokładnie polega Twoja aktywność? (Co ćwiczysz? Ile czasu dziennie? Ile razy w tygodniu?)	
Jak wygląda Twój ruch niskopoziomowy? (spacery, energiczne odkurzenie, używanie schodów zamiast windy, chodzenie po zakupy, niesportowa jazda na rowerze)	
Czy masz jakieś przeciwwskazania do aktywności ruchowej?	
<b>CHEMIA ŻYCIA CODZIENNEGO</b>	
Kosmetyki (codzienna higiena, pielęgnacja włosów, kremy, balsamy, makijaż)	
Środki czystości (pranie, zmywanie, sprzątanie, odkażanie)	
Odświeżacze powietrza, kadzidełka, olejki eteryczne (jakie?)	
Inne (jakie?)	
<b>ZMIANY</b>	
Czy masz energię na większe zmiany, czy wolisz wprowadzać je małymi krokami?	
Jak szybko chcesz wprowadzać kolejne zmiany?	
Zmiany w jakim obszarze wydają się dla Ciebie <b>najłatwiejsze</b> do wprowadzenia?	
Zmiany w jakim obszarze wydają się dla Ciebie <b>najtrudniejsze</b> do wprowadzenia?	
Od czego chcesz zacząć?	

**CZY CHCESZ COŚ DODAĆ?**