

# Zdravotní dotazník

dr.  
Frej

Datum  
Příjmení a jméno  
Adresa  
Povolání  
Datum, místo  
a čas narození  
Email  
Telefon  
Krevní skupina

## ZDRAVOTNÍ STAV

♀ Je možné, že jste těhotná?      Ano      Ne

Minulá onemocnění  
(včetně operací)

NÁVYKY    Ne    Ano, kolik

Kouření  
Alkohol

NEMOCI V RODINĚ      Matka      Otec

Cukrovka  
Vysoký krevní tlak  
Astma, alergie  
Srdce, ischem.choroba  
Obezita či nadváha  
Duševní onemocnění  
Artróza, nemoc kloubů  
Rakovina

Máte nějaké alergie?

Máte častější virózy, nachlazení, angíny? (více než 2xročně)

Stres	Vysoký	Střední	Nízký	Povlak na jazyku (ráno)	Nevím	Nemám	Málo	Hodně
Únava	Vysoká	Střední	Nízká	Oblíbené roční období	Jaro	Léto	Podzim	Zima

Současné obtíže (popište v bodech svůj stav):

# Zdravotní dotazník



## STRAVA

Kolik sním?	Málo	Středně	Hodně						
Za jak dlouho mám hlad? (po předchozím jídle)			1 h	2 h	3-4 h	5-6 h	déle než 6 h		
Vegetarián?	Ano	Ne							
Jím více	Horké	Pálivé	Slané	Mastné	Sladké				
Zažívací potíže po jídle		Nadýmání	Bolest	Pálení žáhy	Pocit těžkosti	Ospalost	Únava		
Mám žízeň	Ano	Ne							
Jaké nápoje pijete?	Čaj	Káva	Mléko	Limonády	Minerálky	Voda			
	Pivo	Červené víno	Bílé víno	Tvrdý alkohol					

Jaké množství vody vypijete denně?

Jaké množství ostatních nápojů vypijete denně?

V jakém prostředí jíte?

CVIČENÍ / Jaké a jak často?

## PROBLEMATICKÉ OBLASTI

Sex, sexuální problémy?

Pocení?	Málo	Středně	Hodně	
Vnímání teploty	Zimomřivost	Pocit tepla		
Kožní problémy?	Ano	Ne		

## VYLUČOVÁNÍ / MOČENÍ

Denně	2x - 4x	5x - 6x	Více než 6x	
V noci?	Ano	Ne		
Barva	Světlá, čirá	Tmavá		
Obtíže při močení	Pálení	Svědění	Bolest	
Léčené močové infekce	Ano	Ne		

## VYLUČOVÁNÍ / STOLICE

Denně	1x	2x	3x		
Pravidelnost	Pravidelná během dne		Nepřavidelná během dne		Nikoli každý den
Konzistence	Konzistence banánu		Kašovitá	Vodnatá	
	Bobkovitá		Nestrávená strava		
Průběh	Plave	Potopí se			

## SPÁNEK

Od - do

Kvalita spánku:

## ŽENY / MENSTRUACE

Bolestivá	Ano	Ne	
Pravidelná	Ano	Ne	
Silné krvácení	Ano	Ne	
Premenstruační potíže	Ano	Ne	
Menopauza	Ano	Ne	
Příznaky	Pocení	Návaly horka	

## MUŽI / PROSTATA

Potíže	Ano, obtížné časté, noční či neuspokojivé močení)		
	Ne		

## TĚLESNÁ STAVBA

Hmotnost (kg)	Nyní	Dříve
Výška (cm)		
Stálost hmotnosti	Štíhlost, jo-jo efekty, lehce hubnu	
	Přiměřená, stálá	
	Nadváha, nehubnu	

## POTÍŽE SE SMYSLOVÝMI ORGÁNY

Ne Ano, jaké?

Oči

Uši

Nos

1. Kolik je vám let?

20 let a méně      21–30      31–40

41–50      51–60      61 a více

2. Prodělali jste chronickou infekci – žloutenku, boreliózu, mononukleózu apod.?

Ano      Ne

3. Trpíte vysokým krevním tlakem, nemocemi srdce, cév nebo jste prodělali v minulosti infarkt či mozkovou mrtvici?

Ano      Ne

4. Máte kožní vyrážky, akné, ekzémy, afty, kvasinkové onemocnění?

Ano      Ne

5. Léčíte se na autoimunní nemoc (zánět štítné žlázy, revmatoidní artritidu, roztroušenou sklerózu, lupus, alergie)?

Ano      Ne

6. Míváte často nachlazení, záněty průdušek nebo močových cest?

Zřídka      1–2x za rok      Často, několikrát za rok

7. Máte sezónní alergie?

Ano      Ne

8. Máte alergie na některé potraviny či máte zažívací obtíže po jídle?

Ano      Ne

9. Máte cukrovku?

Ano      Ne

10. Trpíte poruchami stolice-zácpu, řídkou stolicí, střídáním průjmu a zácpy?

Ano      Ne

11. Trápí vás paradentóza, nebo krvácení z dásní?

Ano      Ne

12. V průběhu dne se objevuje nějaká bolest?

Ano      Ne

13. Zažíváte změny nálad, poruchu pozornosti nebo paměti?

Ano      Ne

14. Zažíváte stres?

Vzácně      Průměrně      Často

Jsem neustále ve stresu

15. Jste přes den více unavení než dříve?

Ano      Ne

16. Máte často deprese nebo smutnou náladu?

Ano      Ne

17. Máte nadváhu?

Ano      Ne

18. Jaký máte BMI (Body Mass Index)?

Méně než 25      25–29,9      30 a více

19. Kouříte nebo kouřili jste cigarety (ne déle než 10 let zpátky)?

Ano      Ne

20. Míváte poruchy spánku (obtížné usínání, buzení v noci)?

Ano      Ne

21. Jak často cvičíte?

Méně než jednou týdně      Málo, nejvíce 1x týdně

Někdy, 1–2x týdně      Pravidelně, 2–3x týdně

22. Berete denně léky?

Ano      Ne

23. Kolik ovoce a zeleniny jíte denně?

Méně než jednou denně      1–3 porce denně

3–7 porcí denně      Více než 7 porcí denně

24. Jak často jíte ryby nebo užíváte omega-3 rybí olej?

Méně než jednou týdně      1–2x týdně

1x za měsíc      3x a více za týden

25. Pijete více než 4 drinky alkoholu týdně?

Ano      Ne

26. V jakém místě žijete?

v malé obci, a/nebo menším městě, a/nebo v klidné části, blízko lesa či rybníku, u řeky apod.

ve větším městě

ve velkém městě od 500 000 obyvatel, a/nebo u hlavní silnice, a/nebo v prašném prostředí

27. Pracujete v prostředí se špatným osvětlením, ventilací, s chemikáliemi?

Ano      Ne

28. Kupujete běžně potraviny v obchodech a supermarketech?

Ne      Někdy      Často

29. Jak často doma používáte různé běžné chemické čisticí prostředky (prostředky na mytí nádobí, prací prášek) a kosmetiku (mýdla, šampony, krémy)?

Nikdy, používám jen přírodní přípravky

Zřídka      Často      Denně

## 1. KREVNÍ PLAZMA. Čisté sérum v krvi

Velmi suchá kůže  
Předčasné šedivění vlasů nebo vrásky v mladém věku  
♀ Mírná a občasná suchost vaginy  
Nadbytečný hlen a zahleňování v dýchacím systému  
Pocit slabosti a únavy, nedostatek a nerovnováha energie  
♀ Ovariální cysta nyní nebo dříve (jen naplněná tekutinou)  
♀ Cysty v prsou (jen naplněné tekutinou)

## 2. ČERVENÉ KRVINKY. Červené krvinky a žluč

Silné návaly horka nebo častý pocit nadměrné horkosti  
Těžší krvácení  
Chronické kožní vyrážky, akné, puchýře  
Žlučové kameny nyní nebo v minulosti (nebo odstranění žlučníku)  
Krvácející hemoroidy  
Trvalá nebo silná žízeň

## 3. SVALOVÁ TKÁŇ. Svalová tkáň

Trvalé bolesti svalů a unavené svaly.  
Chronicky oteklé uzliny na krku  
Bolesti v uších nebo ekzém v uších nebo nadměrný kožní maz  
♀ Fibroidní útvary, myomy v děloze (nyní nebo v minulosti)  
♀ Fibroidní nebo žlázové útvary v prsní tkáni  
Suché, popraskané rty

## 4. TUK A HORMONY. Metabolismus tuků, hormonů, sacharidů

Nadváha (nejméně 5 kg) nebo neschopnost zhubnout i na nízkokalorické stravě  
Vysoký krevní cukr (cukrovka)  
Chronický nebo častý zápach těla  
Cysty tukové pod pokožkou nebo vlasovou pokožkou nebo v prsní tkáni  
Nemoci štítné žlázy (diagnostikované lékařem včetně patologických krevních testů)  
Časté noční pocení nebo denní pocení spojené s návaly horka

## 5. KOSTI. Kostí, chrupavka, vlasy a nehty

Nižší hustota kostí (osteopenie) nebo osteoporóza  
Lámavost vlasů (třepivé konečky) nebo suché vlasy a ztráta lesku  
Problémy se zuby (kazy, křehkost)  
Lámavé nehty  
Trvalé bolesti kloubů nebo artritida  
Onemocnění kostí

## 6. KOSTNÍ DŘEŇ. Centrální nervový systém a imunitní systém

Časté nebo opakující se infekce  
Zvýšená sekrece z oka  
Suchá pokožka na horních víčkách  
Pocit prázdnoty, neschopnost se koncentrovat, nepozornost  
Bolest ve šlachách, lehce zranitelné šlachy nebo opakující se záněty šlach  
Častý pocit na mdloby nebo točení hlavy

## 7. POHLAVNÍ ORGÁNY

Žádné libido (nepotřeba sexu)  
♀ Silná suchost vaginy  
Sexuální nepřítažlivost  
Tupé, nečisté oči  
Více než jeden potrat  
Neplodnost

## 8. MOČ

Časté močové infekce  
Časté pálení při močení  
Nepříjemný pocit v močovém měchýři bez infekcí  
Silný zápach moči  
Tmavě žlutá moč i při dostatečném množství tekutin

## 9. STOLICE\*

Těžká stolice, která neplave  
Řídká stolice, kašovitá, průjem nebo hlen ve stolici  
Tuhá stolice, bobkovitá, obtížně se vylučuje nebo nikoli denně  
Nestrávená strava viditelná ve stolici  
Silný zápach stolice

## 10. POT

Pocení dráždící pokožku, vyvolávající vyrážky nebo zánět potních žláz  
Zápach potu  
Nepříjemný zápach těla  
Neúměrně velké pocení  
Bez pocení i v horku

♀ Vyplňují jen ženy

\* Krev ve stolici nebo černá stolice vyžaduje okamžitou návštěvu lékaře.

1. Máte poruchy stolice-zácpu, řídkou stolicí, střídavě průjem či zácpu?

Ano Ne

2. Máte alergie či intoleranci na potraviny (např. lepek, mléko)?

Ano Ne

3. Bojujete s kvasinkami či plísněmi?

Ano Ne

4. Vedete hektický život, jste pracovně vytíženi?

Ano Ne

5. Máte chuť na pečivo, chleba či sladkosti?

Ano Ne

6. Trpíte depresemi, úzkostí, strachem, poruchami paměti či nesoustředěností?

Ano Ne

7. Míváte kožní vyrážky, akné, lupenku apod.?

Ano Ne

8. Máte pomalý metabolismus nebo onemocnění štítné žlázy?

Ano Ne

9. Máte sezónní alergie nebo astma?

Ano Ne

10. Máte autoimunitní nemoc nebo záněty v těle?

Ano Ne

11. Máte bolesti kloubů, oteklé klouby, artrózu?

Ano Ne

12. Máte často ucpaný nos rýmu či záněty dutin?

Ano Ne

13. Máte větší či vysokou úroveň stresu?

Ano Ne

14. Máte zažívací obtíže jako nadýmání, plynatost a další obtíže jednou či vícekrát týdně?

Ano Ne

15. Léčíte se se syndromem dráždivého tračníku, ulcerózní kolitidou či Crohnovou nemocí?

Ano Ne

16. Býváte nemocní (2 a vícekrát ročně) nebo máte oslabenou imunitu?

Ano Ne

17. Užíváte každý rok antibiotika?

Ano Ne

18. Máte únavu nebo trpíte pocitem nízké energie?

Ano Ne

19. Máte problémy po požití alkoholu

Ano Ne

20. Užíváte nějaké chemické léky, nebo aspirin/ibuprofen

Ano Ne

# Denní režim v 5 běžných dnech

Vyplňte v typické dny, které odpovídají Vašemu běžnému dennímu režimu, nikoli zrovna době dovolené, vánočních svátků, nemoci apod. Tento dotazník nemusí zaznamenávat posledních 5 dnů před konzultací.

dr.  
Frej

1. DEN

2. DEN

3. DEN

4. DEN

5. DEN

Kdy vstávám

Jak se cítím

Povlak na jazyku

Stolice

**SNÍDANĚ**

Nápoje k snídani

Pocit po snídani

Cvičení

Léky nebo vitamíny

Jak se cítím

dopoledne

Mám hlad?

**SVAČINA**

Nápoje dopoledne

Dopolední činnost

**OBĚD**

Nápoje k obědu

Pocit po obědě

Léky nebo vitamíny

Cvičení

**SVAČINA**

Nápoje odpoledne

Odpolední činnost

# Denní režim v 5 běžných dnech

Vyplňte v typické dny, které odpovídají Vašemu běžnému dennímu režimu, nikoli zrovna době dovolené, vánočních svátků, nemoci apod. Tento dotazník nemusí zaznamenávat posledních 5 dnů před konzultací.

dr.  
Frej

1. DEN

2. DEN

3. DEN

4. DEN

5. DEN

## VEČEŘE

Nápoje k večeři

Pocit po večeři

Léky nebo vitamíny

Cvičení

Jak se cítím

po celém dni

Činnost

Jídlo po večeři,

před spaním

Spánek od - do

Meditace

Hobby

Prostor pro doplňující informace: