

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. 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 žlázoové 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: