|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Wiek | Waga | Grupa Krwi | Data wizyty |  rodzinny |
|  |  |  |  |  |  |

KONTAKT

|  |  |
| --- | --- |
| NR TEL. | MAIL: |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wygląd języka | Puls | Diagnoza |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. 1.** | **HISTORIA DZIECIŃSTWA:** |  |
|  | **Choroby genetyczne w rodzinie** |  |
|  | Czy ciąża matki była fizjologiczna |  |
| 3. | Dzieciństwo - 0 - 2 lata- jakie były pierwsze objawy chorobowe, czy były gorączki i jak wysokie |  |
| 4. | Czy jako dziecko był Pan, Pani karmiony/a piersią |  |
|  | - szczególne zachowania w odżywianiu (ulubione lub znienawidzone pokarmy) |  |
|  | - jakie jest pragnienie, czy jest chęć na zimne, czy na gorące, jaką ilość płynów wypija |  |
| 5. | Leczenie:- czy i jak często stosowane były antybiotyki i sterydy |  |
| 6. | Zachowanie i emocje dziecko czy energia i radosne czy też niski poziom energii |  |
| 7. | Dorastanie - jak wyglądała energie życiowa - chęć do pracy fizycznej, ruchu oraz chęć do pracy umysłowej – |  |
|  |
|  | Od którego roku życia, jak długo trwa cykl, jak długo krwawienie, czy obfite, jaki jest kolor krwi |  |
|  | - czy życie w rodzinie w tych okresach było "zgodne" i "prawidłowe"(\* nie trzeba odpowiadać na to pytanie emocje mają ogromne znaczenie dla uznania źródeł problemów zdrowotnych) |  |
|  |
| II. | GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI: |  |
|  | **Głowa, bóle, dżwięki, migreny** |  |
|  | **Kręgosłup - bóle zwyrodnienia** |  |
|  | **Temperatura ciała, w okresach zdrowia i choroby** |  |
|  | **Poty - czy stale, czy w nocy, zapach** |  |
|  | Wydalanie **moczu i obrzęki**- kolor moczu, częstotliwość |  |
|  | **Trawienie**- czy występują jakieś objawy takie jak: czasami kwaśny lub metaliczny smak w ustach, uczucie mdłości po śniadaniu |  |
|  | **Wypróżnianie**- jaki stolec, kiedy wypróżnianie, wygląd, kolor |  |
|  | **Oddychanie, zadyszki, zaburzenia** |  |
|  | **Nos - katary, p[olipy, węch** |  |
|  | **Gardło - bóle, chrypki, drapania, migdały** |  |
|  | **Oczy - swędzenia, pieczenia, tendencja do przekrwienia** |  |
|  | **Uszy - słuch, bóle, piski, ilośc wydzieliny** |  |
|  | **Sen**- o której chodzi spaćczy sen przywraca siłyczy budzi się w ciągu nocy |  |
|  | **Funkcjonowanie w ciągu dnia** - czy są jakieś godziny w ciągu dnia, o których zawsze występują zmęczenie lub senność |  |
| III. | ODŻYWIANIE:Jakie są zwyczajowe codzienne posiłki - śniadanie |  |
|  | Obiad |  |
|  | kolacja  |  |
|  | Dojadanie między posiłkami |  |
|  | Jak wielkie jest pragnienie słodyczy |  |
|  | Jak wiele zjadanych jest jogurtów i innych przetworów mlecznych |  |
|  | oraz czy korzysta z mrożonych pokarmów |  |
|  | Czekolady |  |
|  | Cukru |  |
|  | nadmiernej ilości soli |  |
|  | Czy spożywa regularnie jakieś gotowane posiłki |  |

INNE WAŻNE, opisy aktualnych objawów chorobowych, wyników badań - można przynieść na wizytę, najbradziej uciążliwe objawy, których pragniemy się pozbyć.

TAK lub NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celu świadczenia usług przez Administratora danych osobowych. Bez wyrażenia tej zgody nie będzie możliwe skorzystanie z porady

TAK lub NIE Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora danych osobowych na mój adres email oraz nr telefonu komórkowego informacji o terminach wizyt/konsultacji.

Administrator danych osobowych, tj. ORKISZOWE POLA Dorota Łapa ul. Boya-Żeleńskiego 18, 60-461 Poznań, NIP: 781-153-87-83, REGON 301667731, informuje, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu, w jakim wyżej wymienione zgody zostały udzieloneprzez okres wynikający z przepisów prawa medycznego. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek konieczne w celu realizacji usługi, dla której zgoda została udzielona.

Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim bez uzyskania Pani/Pana odrębnej zgody.

Ma Pani/Pan prawo w każdym czasie do przenoszenia danych, dostępu do treść danych osobowych oraz możliwość ich poprawiania, wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych a także ma Pani/Pana także do cofnięcia udzielonej zgody oraz prawo do wniesienia skargi dot. przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Poznań, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis wypełniającego ankietę

ZALECENIA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dieta i przepisy | Zioła, mieszanki | Inne |
|  |  |  |