

Tisztelt Asszonyom/Uram!

Kérem töltsse ki az alábbi kérdőívet, hogy minél pontosabb képet kaphassunk az Ön állapotáról, ezzel megkönnyítve a megfelelő terápia és kezelés kiválasztását!

Testmagassága: _____ cm Tetsúlya: _____ kg

Legfőbb panaszok

Kérem húzza alá az alábbiak közül, amelyek problémát okoznak Önnek! Többet is megjelölhet!

- fejfájás, szédülés, látás-szaglászavar
- mellkasi fájdalom, mellkasi diszkomfort, fulladás érzés, rendszertelen vagy hevesebb szívdobogás
- lábdagadás, éjszakai vizelet
- hasi panasz
- savas felbőfögés, puffadás
- hasmenés-székrekedés, vér-nyák-fekete színezet a székletben
- vizeletprobléma
- menstruációs zavar
- mozgásszervi panasz
- horkolás
- nem gyógyuló sebek
- visszeresség
- evészavar (pl. anorexia nervosa, bulimia)
- kifejezett szomjúságérzet, gyakori vizelet
- egyéb:

Elhízás kórtörténet

Hány éves kora vagy milyen nagyobb esemény óta tudja, vagy gondolja úgy, hogy tetsúlya nem a normálisnak megfelelően alakult? Kérjük húzzon alá egy eseményt/életkort!

- 3000g feletti születési súly
- 6 éves kor körül
- pubertás korban
- terhességet/szoptatást követően
- dohányzás elhagyását követően
- egyéb életesemény:

Előfordult-e az Ön családjában elhízás? igen nem

Sportol Ön rendszeresen?

igen

nem

Ha igen, mit? Hetente hány alkalommal? Hány percig?

Dohányzik Ön?

igen

nem

Naponta hány szál cigarettát szív? Hány éve?

Van-e ételintoleranciája? Húzza alá, amelyik Önre jellemző!

laktóz

fruktóz

glutén

Tart e jelenleg speciális diétát? Húzza alá, amelyik Önre jellemző!

laktózmentes

gluténmentes

vegetáriánus

vegán

egyéb:

Mióta tartja?

Korábban folytatott Ön diétát? Milyen eredményekkel? Kérjük, válaszában törekedjen feltüntetni az alábbiakat: milyen diétát folytatott, hány kg-ot fogyott, hány éve történt, ezt a testsúlyt meg tudta-e tartani?

Az Ön kórtörténetében szerepel-e valamely társbetegség az alábbiak közül? Kérjük húzza alá, amelyik Önre jellemző! Több választ is adhat!

- cukorbetegség
- magasvérnyomás betegség
- magasabb vérzsír értékek (koleszterin, triglicerid)
- szív- és érrendszeri betegség
- légzőszervi eltérések, alvási apnoe szindróma
- ízületi problémák
- refluxbetegség
- epekő
- nem-alkoholos zsírmáj
- vérzészavar, terméketlenség, libidózavar
- affektív zavarok (depresszió, evészavar)
- bőrgyógyászati eltérések

Volt-e Önnek műtétje korábban? Milyen műtét? Mikor?

Milyen gyógyszereket, vitaminokat, táplálékkiegészítőket szed rendszeresen?

Van-e Önnek gyógyszerallergiája? igen nem

Ha Önnek van gyógyszerallergiája, kérjük írja le, melyek ezek a szerek!

Előfordult-e az Ön családjában az alábbi betegségek közül valamelyik? Kérjük húzza alá a megfelelő válaszokat! Többet is megjelölhet!

- magas vérnyomás
- magasabb koleszterin szint
- stroke (agyvérzés, agyi infarktus)
- szívinfarktus
- cukorbetegség
- daganat
- egyéb: