

Imię i nazwisko:

Data:

Wiek:

Adres e-mail:

telefon:

Przygotowanie do konsultacji:

1. Główna przyczyna zapisania się na konsultację/treningi:

(słaba kondycja, bolący kręgosłup, nadwaga, złe samopoczucie, chcę zbudować siłę, wytrzymałość itp.)

2. Choroby i operacje przebyte w przeszłości, obciążenia rodzinne:

(zabieg na kolano, zabieg na kręgosłup, złamane nadgarstki, cukrzyca, itd.)

4. Przyjmowane leki, suplementy:

5: Waga, wzrost, styl życia-jedzenia:

6. Sen: (o której zasypiasz, czy łatwo zasypiasz, o której się budzisz, czy uczynisz sobie drzemki w ciągu dnia, czy budzisz się w nocy)

7. Witalność temperament, wydolność umysłowa: (czy masz dobrą pamięć i koncentrację)

8. Opisz najczęściej doświadczane emocje, ogólny stosunek do ludzi i świata.

9. Charakter wykonywanego zawodu:

9A: Student/uczeń:

9B: Emeryt/rencista:

9C: Nie pracuje:

10. Co ćwiczysz na co dzień/trenujesz (siłownia, fitness, basen, tenis, bieganie, szachy itd.)

11. Opisz reakcje na wysiłek fizyczny:

12. Menstruacja: (długość cyklu, czy cierpisz na bóle i napięcie przedmiesiączkowe)

13. Gospodarka płynami:

A:diureza – opisz częstotliwość oddawania moczu i jego kolor, czy wstajesz w nocy do toalety)

B: Pragnienie:

C: Pocenie

14. Bóle:

Lokalizacja:

Początek, częstotliwość, pora dnia, pora roku:

Rodzaj:

Czynniki nasilające i łagodzące:

15. Sprawność narządów zmysłów i stan tkanek przyporządkowanych:

A: czy masz sprawny wzrok, słuch, smak i węch:

B: czy masz w dobrej kondycji skórę, włosy, paznokcie:

16: Czy spożywasz alkohol? (w jakiej ilości, jak często)

17. Czy palisz papierosy? (jeżeli tak, to ile)

18. Czy przyjmujesz hormonalną antykoncepcję?

19: Jak ogólnie wygląda Twój tydzień?