



Indywidualny Plan Zdrowienia – kwestionariusz

I. Informacje ogólne

Imię i nazwisko:	Telefon:	Email:	
Forma spotkania*: <input type="checkbox"/> on-line (skype) <input type="checkbox"/> stacjonarnie		Rodzaj planu*: <input type="checkbox"/> Półroczny Plan Zdrowienia FAST PROGRAM <input type="checkbox"/> Roczny Plan Zdrowienia SELF PROGRAM <input type="checkbox"/> Plan modułowy	
Data urodzenia:	Płeć i grupa krwi:	Wysokość ciała:	Masa ciała:
Zażywane leki (wraz z dawkami):			
Zażywane suplementy diety (wraz z dawkami):			
Schorzenia, choroby (proszę podać diagnozę lekarską, czas trwania):			
Czy przeprowadzał(a) Pan(i) test na nietolerancje pokarmowe? Jeżeli tak, proszę podać pokarmy, na które stwierdzono silną nadwrażliwość oraz nazwę testu:			
Stosowane diety przez ostatnie 5 lat (np. dieta wysokobiałkowa, dieta niskotłuszczowa). Proszę podać pełną nazwę diety i czas stosowania:			
Proszę podać cel wizyty:			

* - zaznacz odpowiedni kwadrat



II. Informacje na temat dotychczasowej diety – poniżej proszę opisać Pana/Pani zwyczajowy jadłospis

Śniadanie:
Przekąski:
Lunch/Obiad:
Przekąski:
Kolacja/Obiadokolacja:
Napoje (tj. kawa, herbata, soki, woda, alkohol, itd.):

UWAGI:



III. Historia chorób/samopoczucie/styl życia

Proszę opisać historię Pana/Pani pierwszej choroby/schorzenia (np. migreny: kiedy się zaczęły, zażywane leki, okoliczności zaostrzające ataki, częstość i nasilenie ataków, itp.).

Proszę opisać historię Pana/Pani drugiej choroby/schorzenia.

Proszę opisać historię Pana/Pani trzeciej choroby/schorzenia



Proszę opisać historię Pana/Pani czwartej choroby/schorzenia.

Proszę opisać Pana/Pani poziom energii w ciągu dnia w skali od 1 do 10 (rano, w południe, po południu, wieczorem).

Jak często oddaje Pan/Pani stolec?

Czy uprawia Pan/Pani sport? Jeśli tak, to jaki i ile czasu w tygodniu/miesiącu? (np. szybki spacer, 3 godziny w tygodniu; narty, 10 dni w roku)



IV. Informacje dodatkowe

Ciąża i dzieciństwo (proszę zaznaczyć lub uzupełnić informacje, które Pana/Panią dotyczą):

1. Choroby matki w czasie ciąży:
2. Stosowanie w czasie ciąży papierosów/alkoholu/leków
3. Poród: siłami natury/cesarskie cięcie/ewentualne powikłania
4. Karmienie piersią do: _____ / sztuczne
5. Atmosfera panująca w rodzinie:
 - ciepła, kochająca, źródło wsparcia, bezpieczeństwa
 - przemoc, alkohol, konflikty, kłótnie, poczucie zagrożenia, osamotnienie, stresująca atmosfera
 - rodzina niepełna
6. Rodzeństwo, jeśli tak, to ile, i którym dzieckiem Pan/ni jest uwzględniając także poronienia:
7. Relacja z rodzeństwem: dobra/zła
8. Inne informacje na temat rodziny:
9. Choroby w dzieciństwie:
 - kolka jelitowa, problemy skórne, astma, alergie,
 - nadaktywność, problemy z nauką i koncentracją, drgawki
 - infekcje: ucho, trzeci migdał, usunięcie migdałków, trzeciego migdałka
 - zapalenie oskrzeli, płuc, dróg moczowych, częste przeziębienia, pasożyty
 - biegunki, zaparcia
 - moczenie nocne
 - stosowanie antybiotyków, innych leków

Czy odbywał Pan/Pani podróże zagraniczne? (proszę podać czas i miejsce)

Czy miał Pan/Pani kontakt z pestycydami, metalami, związkami chemicznymi (plomby amalgamatowe, dużo tuńczyka w diecie, kopalnie w pobliżu mieszkania, praca) lub pleśniami? (proszę o podanie konkretnych substancji, miejsca i czasu kontaktu)

**KOBIETA:**

1. Pierwsza miesiączka i ostatnia:
2. Charakter miesiączek (obfite/skąpe/bolesne/regularne/nieregularne/dłgie/krótkie):
3. Okres przed miesiączką (zmiana nastroju/bolesne piersi/puchnięcie/bóle głowy nadmierne owłosienie):
4. Ciąże (ew. problemy z zajęciem w ciąży):
5. Poronienia – jeśli tak, to ile:
6. Antykoncepcja (jaka i jak długo stosowana):
7. Jeżeli występuje okres menopauzy, proszę opisać objawy:
8. Czy poniższe rozpoznania dotyczą Pani:
 - endometrioza, torbiele jajników/zmiany w piersiach/mięśniaki macicy
 - częste oddawanie moczu/ból przy oddawaniu moczu/nietrzymanie moczu /nietrzymanie kału
9. Czy występuje potrzeba nocnego korzystania z toalety:
10. Ostatnie badanie ginekologiczne:

MĘŻCZYZNA:

1. Problemy z oddawaniem moczu/częste oddawanie moczu/ból przy oddawaniu moczu/słaby strumień moczu
2. Czy istnieje potrzeba nocnych wizyt w toalecie (ile razy)?:
3. Problemy z erekcją: tak/nie

Opis stresu:

- duży/średni/mały
- trudne chwile w życiu (np. rozwód, utrata bliskiej osoby, zmiana pracy, inne)
- stosowane techniki relaksacyjne np. medytacja, joga, oddychanie

**Sen:**

- godzina zasypiania: godzina budzenia: wybudzanie w nocy: tak/nie
- sen głęboki/płytki
- chrapanie
- stosowanie leków nasennych

Wykonane badania:

- kolonoskopia/gastroskopia/USG/próba wysiłkowa/Holter
- inne:

Pobyty szpitalne inne niż zabiegi:**Zabiegi i operacje:**

V. Objawy

Proszę o zaznaczenie objawów, które Pana/Panią dotyczą:

JAMA USTNA

- próchnica – jeśli tak, od kiedy:
- amalgamaty – ile: usunięte – kiedy: ile obecnie:
- zęby leczone kanałowo
- implanty
- zmiany na śluzowce (np.afty): jamy ustnej/języka
- problemy z grzybicą



ŻOŁĄDEK

- odbijania
- po jedzeniu uczucie uciskania
- wzdęcia
- mały apetyt
- zaparcia i skurcze
- alergie, nietolerancje pokarmowe
- częste niestrawności
- bóle nadbrzusza/bóle brzucha w stresie/bóle w czasie posiłku
- uzależnienie od leków hamujących wydzielanie kwasu solnego (np. IPP, controloc)
- wrzody lub nadżerki w wywiadzie

JELITO CIENKIE

- kurcze/bóle brzucha/bóle wokół pępka
- uczucie niestrawności 2-3 godziny po posiłku
- zmęczenie po jedzeniu
- gazy o zapachu zgniłych jaj
- biegunki/zaparcia
- śluz w stolcu
- błyszczący stolec
- 3 lub więcej duże wypróżnienia dziennie
- skóra sucha, łuszcząca się, podobnie paznokcie
- trądzik
- alergie
- niski przyrost wagi
- nadmierne odbijania

JELITO GRUBE

- biegunka sezonowa
- choroby zapalne jelit, uchyłki, polipy
- infekcje dróg moczowych
- nawracająca grzybica pochwy/stop/paznokci
- na zmianę biegunka/zaparcia
- wzdęcia, gazy/ bóle w prawym boku/ w lewym boku: kłujące/zmienne
- w ciągu całego życia częsta antybiotykoterapia
- utrata wagi
- anemia
- krwawienie z przewodu pokarmowego
- zapalenie stawów
- kamienie nerkowe
- jelito drażliwe
- krew utajona w stolcu



WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY

- bóle głowy, zawroty po jedzeniu
- nietolerancja tłuszczu
- jasne stolce
- cuchnące stolce
- zaparcia
- twardy stolec
- bolesne wypróżnienia
- po posiłku kwaśny smak w ustach
- szara skóra, sucha, żółta
- żółtaczka
- nieprzyjemny zapach ciała
- nieprzyjemny zapach z ust
- podagra
- bóle lampasowe
- krew w stolcu
- zatrzymywanie wody

TARCZYCA

- intensywny zapach moczu
- gruba skóra/paznokcie
- sucha skóra
- zimne ręce/nogi/wrażliwość na zimno
- nadmierne krwawienia miesięczne
- przewlekłe zmęczenie
- problem ze wstaniem rano
- depresja, apatia
- niskie libido
- obrzęknięta skóra
- cukier powoduje irytację, zmiany nastroju
- zespół napięcia przedmiesiączkowego
- zaparcia
- ból, sztywność mięśni
- przerzedzenia brwi na 1/3 obwodowej
- przyrost wagi
- anemia niereagująca na żelazo
- niska temperatura ciała
- niepłodność



NADNERCZA

- zmęczenie po południu
- niskie ciśnienie
- okresowo zaparcia
- zaczerwienione oczy/swędzące oczy
- nadwrażliwość na substancje chemiczne, spaliny
- nietolerancja dużego wysiłku
- zła tolerancja stresu
- zły nastrój, zmiany nastroju
- utrata owłosienia
- cienie pod oczami
- zawroty głowy w pozycji stojącej
- roztrzepanie
- infekcje następujące po zmianie pogody
- bóle głowy
- problemy z oddychaniem
- nadwrażliwość na jasne światło
- zatrzymywanie wody
- utrata wody
- słabość, drżenie

KOŚCI

- bóle pleców
- bóle kości
- dieta bogata w mięso
- próchnica
- zapalenie stawów
- soda, blokery pompy protonowej
- paradontoza
- utrata kości
- uwapnienie tkanek
- osteoporoza lub osteopenia
- złamanie kości
- po menopauzie

MIĘŚNIE

- kurcze mięśni nóg
- napięcie w łopatkach
- bóle



- sztywność
- problemy z siedzeniem
- ból pleców: odcinek lędźwiowo-krzyżowy/piersiowy/szyjny

TKANKA ŁĄCZNA

- przesadna giętkość stawów
- ból pleców przy pochylaniu, siedzeniu
- ból stawów: kolana/łokcie/barki/nadgarstki/palce stóp/palce rąk
- obrzęk stawów: kolana/łokcie/barki/nadgarstki/palce stóp/palce rąk
- żylaki/hemoroidy
- problemy z dyskiem

ALERGIE, IMMUNOLOGIA, METABOLIZM

- zapalenie stawów w dzieciństwie
- katar sienny/świąd oczu
- astma, świsty
- częsty kaszel
- zmiany skórne
- pokrzywka
- alergia na leki, jeśli tak to na jakie:
- alergia na pokarmy, jeśli tak to na jakie:
- alergia na kurz/pyłki
- alergie w rodzinie
- zmęczenie w ciągu dnia
- obrzęki/cienie pod oczami
- nadwrażliwość na substancje chemiczne
- wędrujące bóle stawów/bóle mięśni o zmiennej lokalizacji
- nadmierne pocenie/brak pocenia
- stany podgorączkowe/wzrosty temperatury
- nietolerancja wina/serów/truskawek/pomidorów
- drętwienie, palenie rąk/nóg/języka,
- utrata równowagi, zarzucanie ciała, niepewny chód jak „na rauszu”

W WYWIADZE EPIZODY:

- depresji/niskiego nastroju
- lęku/strachu/fobii
- wybuchy złości
- stres w życiu
- problemy z emocjami



- roztrzęsanie/zapominanie
- zła tolerancja zmian w życiu, nowe okoliczności, wyzwania = duży stres
- strach przed wystąpieniami publicznymi
- problemy z uczeniem się/koncentracją
- nadaktywność
- częste zmiany nastroju
- przetrzymywanie żalu
- senność
- bezsenność/gonitwa myśli przed snem/niemożność zrelaksowania ciała/napięci
- bóle mięśni/stawów
- nadmierne zamartwianie się
- w przeszłości znęcanie się psychiczne/fizyczne/seksualne

CHOROBY W RODZINIE

• Matka i rodzina matki:

• Ojciec i rodzina ojca:

• Rodzeństwo:

• Dzieci:

Skąd się Pan/i dowiedział/a o indywidualnym planie zdrowienia?



Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Instytut Medycyny Funkcjonalnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Borsuczej 31 jest administratorem moich danych osobowych.
 2. Instytut Medycyny Funkcjonalnej zbiera dane osobowe w celu zawarcia i wykonywania usług związanych z rocznym i półrocznym planem zdrowienia
 3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak dane te są konieczne do prawidłowego wykonania usługi.
 4. Mam prawo do wglądu w swoje dane osobowe przechowywane przez Instytut Medycyny Funkcjonalnej oraz do ich zmiany lub usunięcia. Aby zmienić lub usunąć swoje dane skontaktuję się z Usługodawcą drogą elektroniczną poprzez e-mail o adresie: kontakt@imf.pl
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę IMF z siedzibą w Warszawie przy ul. Borsuczej 31, w celu udzielenia odpowiedzi, w tym przedłożenia oferty jeśli o nią pytam. Moje dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody lub przez okres niezbędny do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Mam prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, wniesienia skargi do organu nadzorczego i do przeniesienia danych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyżej podanych moich danych osobowych dla celów marketingowych

Data i podpis klienta