

IMIĘ I NAZWISKO _____

DATA URODZENIA _____ TEL _____ E-MAIL _____

PYTANIA OGÓLNE

waga ____ wzrost ____ grupa krwi ____ ciśnienie krwi: ☐ w normie ☐ niskie ____ ☐ wysokie ____ glukoza ____
aktywność fizyczna ☐ TAK, jaka? _____ ☐ NIE / zaburzenia snu: ☐ bezsenność ☐ częste budzenie się o
godzinie ____ ☐ problemy z zasypianiem ☐ mówienie we śnie ☐ zgrzytanie zębami ☐ zaciskanie zębów ☐ pocenie
się w nocy ☐ intensywne sny, koszmary / chodzenie spać o godz. ____ wstawanie o godz. ____ ilość godz. snu ____

GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ, CHOROBA / CEL WIZYTY / OCZEKIWANIA

KIEDY POJAWIŁY SIĘ OBJAWY? CZY COŚ JE POPRZEDZIŁO? (np. stres, duży żal, operacja, trauma, szok)

SKĄD DOWIEDZIAŁA SIĘ PANI/PAN O GABINECIE? ☐ polecenie _____ ☐ Internet

PROSZĘ WYMIENIĆ POWAŻNIEJSZE CHOROBY W RODZINIE (rodzice, dziadkowie)

np. rak, udar, zawał serca, reumatyzm, cukrzyca, stwardnienie rozsiane, łuszczyca, migreny

zmęczenie i brak energii ☐ TAK ☐ NIE / ☐ nietolerancja zimna ☐ zimne dłonie i stopy ☐ ciągłe pocucie
zimna ☐ brak pocenia się / ☐ pocucie gorąca ☐ gorące stopy i stopy ☐ pocenie się ☐ nadpotliwość

PRACA: ☐ zmianowa ☐ siedząca ☐ fizyczna ☐ w trudnych warunkach ☐ nie pracuję ☐ zajmuję się domem☐ jestem na emeryturze ☐ jestem na zwolnieniu / Czy Pani/Pana praca jest stresująca? ☐ TAK ☐ NIECzy lubi Pani/Pan swoją pracę? ☐ TAK ☐ NIE / Czym się Pani/Pan zajmuje (branża) _____

STYL ŻYCIA I EMOCJE

☐ przewlekły stres ☐ lęki ☐ niepokój ☐ obniżony nastrój ☐ zaburzenia emocjonalne ☐ depresja ☐ żal do rodziców☐ trudne dzieciństwo ☐ zachowania kompulsywne / Czy czuje się Pani/Pan szczęśliwy w życiu? ☐ TAK ☐ NIE ____Uzależnienia: ☐ jedzenie ☐ telefon ☐ Internet ☐ alkohol ☐ papierosy ☐ social media ☐ narkotyki ☐ kawa ☐ inne :

KOBIETA

Regularny cykl menstruacyjny ☐ TAK ☐ NIE ile dni ? _____ / Ile dni trwa menstruacja? _____
krwawienia: ☐ obfite ☐ skąpe ☐ normalne / bóle menstruacyjne ☐ TAK ☐ NIE / ☐ częste infekcje ☐ swędzenie
☐ pieczenie ☐ upławy okolic intymnych ☐ NIE / antykoncepcja hormonalna ☐ TAK ☐ NIE / ostatnia data wizyty u
ginekologa _____ / usunięte narządy rodne ☐ TAK ☐ NIE / menopauza (wiek) ☐ TAK _____ ☐ NIE
czy urodziła Pani dzieci ☐ TAK _____ ☐ NIE poród naturalny ☐ TAK ☐ NIE _____ / czy planuje Pani ciążę
☐ TAK _____ ☐ NIE _____ częste oddawanie moczu ☐ TAK ☐ NIE / ☐ częste infekcje pęcherza moczowego
☐ pieczenie, szczypanie, dyskomfort podczas oddawania moczu ☐ NIE / osłabione libido ☐ TAK ☐ NIE

MEŹCZYŻNA

problemy z prostatą ☐ TAK ☐ NIE / częste oddawanie moczu ☐ TAK ☐ NIE / ☐ pieczenie, szczypanie,
dyskomfort podczas oddawania moczu ☐ infekcje pęcherza moczowego ☐ infekcje intymne ☐ NIE
czy wstaje Pan w nocy, żeby oddać mocz ☐ TAK ile razy _____ ☐ NIE / osłabione libido ☐ TAK ☐ NIE

SZCZEPIENIA / ALERGIE / UKŁAD ODDECHOWY

przeprowadzone szczepienia (Covid, grypa, WZW, choroby tropikalne) ☐ TAK _____ ☐ NIE
alergie: wziewne/pokarmowe ☐ TAK _____ ☐ NIE
problem z połykaniem tabletek ☐ TAK ☐ NIE / nocna ślepotą ☐ TAK ☐ NIE / problem z zatokami ☐ TAK
☐ NIE / problem z układem oddechowym ☐ TAK ☐ NIE / przebyty Covid ☐ TAK _____ ☐ NIE

GŁOWA / UKŁAD KRWIONOŚNY / CIAŁO

bóle głowy ☐ TAK _____ ☐ NIE / wypadanie włosów ☐ TAK ☐ NIE / łamliwe paznokcie ☐ TAK
☐ NIE / problemy ze wzrokiem ☐ TAK ☐ NIE / ☐ problemy ze słuchem ☐ szumy uszne ☐ NIE / plomby:
☐ białe ☐ czarne ☐ NIE / leczenie kanałowe zębów ☐ TAK _____ ☐ NIE / usunięte zęby ☐ TAK _____ ☐ NIE
☐ implanty ☐ proteza ☐ NIE / chora tarczycy ☐ TAK _____ ☐ NIE
☐ problemy z pamięcią ☐ koncentracją ☐ NIE / ☐ żylaki ☐ pajęczki ☐ hemoroidy ☐ NIE / zaburzenia pracy
serca: ☐ kołatania ☐ niemiaryowość ☐ przyspieszony rytm ☐ arytmia ☐ NIE / ☐ choroby skóry _____
☐ wysypki ☐ trądzik ☐ AZS ☐ łupież ☐ NIE / czy w ciele występuje: ☐ ból _____ obrzęki _____ ☐ NIE
nieprzyjemny zapach: ☐ z ust ☐ potu ☐ ciała ☐ NIE

PRZEWÓD POKARMOWY

☐ bóle żołądka ☐ jelit ☐ jamy brzusznej ☐ przelewanie ☐ NIE / ☐ zgaga ☐ refluks ☐ odbijanie ☐ NIE /
☐ gazy ☐ wzdęcia ☐ NIE / godzina wypróżnienia ____ / nieregularne wypróżnienia ☐ TAK ☐ NIE / skłonność
do zaparć ☐ TAK ile dni maksymalnie ____ ☐ NIE / skłonność do biegunek ☐ TAK ☐ NIE / problemy z
wypróżnieniem ☐ TAK, jakie? _____ ☐ NIE / ☐ SIBO ☐ IMO ☐ SIFO _____

LEKI / SUPLEMENTY DIETY / OPERACJE / CHOROBY

przyjmowane suplementy diety, zioła, witaminy _____
przyjmowane leki chemiczne, antybiotyki _____
poważniejsze choroby, operacje w ciągu życia _____
usunięte organy: ☐ migdały ☐ pęcherzyk żółciowy ☐ wyrostek robaczkowy ☐ NIE
zwierzęta w domu ☐ TAK _____ ☐ NIE / czy są regularnie odrobaczane? ☐ TAK ☐ NIE / czy odrobaczała się
Pani/ Pan? ☐ TAK, kiedy i jakim środkiem? _____ ☐ NIE
inne dolegliwości niewymienione powyżej _____

PROSZĘ OPISAĆ ORIENTACYJNE GODZINY POSIŁKÓW I CO JEST SPOŻYWANE

ŚNIADANIE _____
II ŚNIADANIE _____
OBIAD _____
PODWIECZOREK _____
KOLACJA _____
PODJADANIE _____

ilość wypijanych płynów: woda ____ kawa ____ soki ____ herbaty ____ zioła ____ alkohol ____ napoje gaz. ____
spożywanie: mięsa ☐ TAK ☐ NIE / nabiału ☐ TAK ☐ NIE / pszenicy ☐ TAK ☐ NIE / słodczy ☐ TAK ☐ NIE

Czy próbujesz schudnąć, ale przychodzi Ci to z trudem? ☐ tak ☐ nie
Czy w ciągu dnia miewasz napady wilczego głodu? ☐ tak ☐ nie
Czy czujesz wzburzenie lub gniew, gdy jesteś głodny? ☐ tak ☐ nie
Czy musisz jeść co kilka godzin? ☐ tak ☐ nie
Czy miewasz silną ochotę na słodczy? ☐ tak ☐ nie
Czy odczuwasz senność po posiłkach? ☐ tak ☐ nie
Czy potrzebujesz kofeiny jako źródła energii w ciągu dnia? ☐ tak ☐ nie
Czy miewasz problem ze snem lub budzisz się z kołataniem serca? ☐ tak ☐ nie
Czy doświadczasz spadków poziomu energii, podczas których oblewa Cię pot albo masz mdłości? ☐ tak ☐ nie
Czy doświadczasz huśtawek nastroju? ☐ tak ☐ nie

KLAUZULA INFORMACYJNA

Od 25.05.2018 r. obowiązuje europejskie rozporządzenie o ochronie danych osobowych zwane RODO. W związku z powyższym zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest **Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne**, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wyznaczenia terminu wizyty oraz przygotowania planu dietetycznego/planu kuracji.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO – zgoda osoby, której dane dotyczą. W przypadku przetwarzania danych dotyczących zdrowia podstawą jest również art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji.
5. Dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody przez Panią/Pana, nie dłużej jednak niż 2 lata od ostatniej wizyty.
6. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji usług terapeutycznych.

Ponadto informuję, że ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
2. wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawne;

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, przez Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960, w celu realizacji usług terapeutycznych i dietetycznych.

Zostałam(-em) poinformowana(-y), że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji usługi oraz że mam prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych i wycofania zgody w dowolnym momencie.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej.

DATA: _____

CZYTELNY PODPIS: _____