

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Vyplňte prosím tento dotazník detailne a čitateľne.

V prípade, že ste podstúpili akékoľvek laboratórne či iné vyšetrenia (krvné, ultrazvuk, atď.), prineste prosím výsledky so sebou na konzultáciu. Všetky uvedené informácie zostanú dôverné a bez vášho povolenia nebudú poskytnuté tretej osobe.



Dátum vyplnenia

Dátum a čas konzultácie

1. Osobné údaje

Meno a priezvisko

Adresa

Dátum narodenia

Vek

Mobilné číslo

Email

Stav

Deti

Povolanie

Meno a adresa vášho všeobecného lekára

2. Klasické lieky ktoré v súčasnosti užívate

Názov	Na predpis?	Dôvod	Obsah (mg)	Dávkovanie

3. Doplnky ktoré v súčasnosti užívate


Názov	Výrobca	Dôvod	Obsah (mg)	Dávkovanie

Podstupujete momentálne liečbu u akéhokoľvek iného špecialistu/lekára? Ak áno, uveďte detaily

4. Súčasný zdravotný stav • Vymenujte akékoľvek súčasné zdravotné problémy (začnite s tými čo vás trápia najviac)

Problém	Symptómy	Od (rok/mesiac)

Uveďte viac detailov o vzniku a priebehu vášho hlavného problému:



5. Choroby v minulosti • Vymenujte choroby a operácie/zásahy ktoré ste doteraz podstúpili

Problém	Dátum	Dĺžka trvania	Liečba • operácia • zdravotný zásah

Prosím odpovedzte na nasledúce otázky:

Brali ste vo svojom živote často antibiotiká?

Prekonali ste hepatitídu alebo problémy obličiek?

Podstúpili ste vo svojom živote transfúziu?

Trpeli ste niekedy problémami srdca?

Máte v tele kardiostimulátor alebo akýkoľvek iný implantát?

Výška: cm	Váha: kg	BMI:
Krvný tlak:	alebo označte: nízky <input type="checkbox"/> normálny <input type="checkbox"/> vysoký <input type="checkbox"/>	
HDL Cholesterol:	LDL Cholesterol:	Triglyceridy:

6. Zdravie v rodine • Vymenujte akékoľvek vážne alebo dedičné choroby vo vašej rodine

Matka	
Otec	
Súrodenci	
Stará mama	
Starý otec	

7. Alergie na lieky • Potraviny • Iné látky

Liek • potraviná • látka	Symptómy

8. Imunita • Označte kondície ktorými zvyčajne trpíte a koľkokrát do roka

nádcha <input type="checkbox"/>	zapálené hrdlo <input type="checkbox"/>	alergia <input type="checkbox"/>
astma <input type="checkbox"/>	priedušky <input type="checkbox"/>	ekzém <input type="checkbox"/>
psoriáza <input type="checkbox"/>	kandida <input type="checkbox"/>	horúčky <input type="checkbox"/>
zápal močových ciest <input type="checkbox"/>	Iné:	

9. Metabolizmus • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

celková vyčerpanosť <input type="checkbox"/>	pocit tepla/horúčavy <input type="checkbox"/>	nedávna strata hmotnosti <input type="checkbox"/>
nadmerný smäd <input type="checkbox"/>	neznášanlivosť na teplo <input type="checkbox"/>	spotené dlane <input type="checkbox"/>
nedávny zvýšenie hmotnosti <input type="checkbox"/>	chronická únava <input type="checkbox"/>	pocit chladu <input type="checkbox"/>
nadmerné potenie <input type="checkbox"/>	nadmerný hlad <input type="checkbox"/>	neznášanlivosť na chlad <input type="checkbox"/>

10. Trávenie a vylučovanie • Vyplňte tak, aby ste čo najlepšie opísali váš súčasný stav

Zažívacími problémami: bolesť v žalúdku zápach z úst pocit ťažkosti

pálenie žahy nafukovanie vetry problémy so žlčníkom/pečeňou nutkanie na vracanie

Vylučovanie:

Máte stolicu každý deň? **Koľkokrát za deň?** 1 2 3 4

Ak nie, tak ako často?

Potrebuje niečo k tomu aby ste išli na záchod?

poहार vody kávu raňajky cvičenie prehľadadlo

Stolica obsahuje: krv sliz kúsky jedla silný pach

Konzistencia: mäkká lepkavá suchá/tvrdá dobre sformovaná

Farba: žltkastá svetlá stredne hnedá tmavohnedá

Máte hnačku? Máte striedavo hnačku a zápchu?

Máte hemoroidy? Ak áno, krvácajú?

11. Močenie • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

Koľkokrát za deň močíte? 1-4 5-8 9-12 13-16 16+

Farba: bledá/nevýrazná žltá zahmlená tmavohnedá červená

časté močenie <input type="checkbox"/>	znížená tvorba moči <input type="checkbox"/>	obtiažne močenie <input type="checkbox"/>
nočné močenie <input type="checkbox"/>	samovolný únik <input type="checkbox"/>	nepravidelný tok <input type="checkbox"/>
bolesť pri močení <input type="checkbox"/>	pocit pálenia <input type="checkbox"/>	krv v moči <input type="checkbox"/>
zväčšenie prostaty <input type="checkbox"/>	obličkové a močové kamene <input type="checkbox"/>	nočné pomočovanie <input type="checkbox"/>

12. Mužské reprodukčné orgány • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

nízke libido <input type="checkbox"/>	nadmerné libido <input type="checkbox"/>	predčasná ejakulácia <input type="checkbox"/>
impotencia <input type="checkbox"/>	nadmerné močenie <input type="checkbox"/>	zväčšenie prostaty <input type="checkbox"/>
neplodnosť <input type="checkbox"/>	Iné:	

13. Ženské reprodukčné orgány

MENŠTRUÁCIA:

Prvá men. (vek):	Posledná men. (dátum):	Dĺžka trvania: dní
Je váš cyklus pravidelný? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Dĺžka cyklu: dní
Farba krvi: bledá <input type="checkbox"/> svetločervená <input type="checkbox"/> tmavočervená <input type="checkbox"/> hnedá <input type="checkbox"/>		
Užívate antikoncepciu? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, akú a ako dlho:

Označte problémy ktoré mávate počas menštruácie:

bolesť krvné zrazeniny zápcha nafukovanie zvýšenie hmotnosti

Trpíte predmenštruačným syndrómom? Ak áno, označte možnosti ktoré odrážajú váš stav

nervozita <input type="checkbox"/>	únava <input type="checkbox"/>	migréna <input type="checkbox"/>	zvýšený apetít <input type="checkbox"/>
úzkosť/nepokoj <input type="checkbox"/>	bolesti krížov <input type="checkbox"/>	depresia <input type="checkbox"/>	zvýšená chuť na sladké <input type="checkbox"/>
hnev <input type="checkbox"/>	bolesti kĺbov <input type="checkbox"/>	nespavosť <input type="checkbox"/>	časté močenie <input type="checkbox"/>
rozpaky/zmätenosť <input type="checkbox"/>	bolesti hlavy <input type="checkbox"/>	búšenie srdca <input type="checkbox"/>	Iné:

TEHOTENSTVO:

Ste momentálne tehotná? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, ktorý týždeň:
Snažíte sa otehotnieť? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, ako dlho:

Mali ste v minulosti samovoľný alebo umelý potrat:

MENOPAUAZA:

Ste v menopauze? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, odkedy:		
Označte symptómy:	návaly horúčavy <input type="checkbox"/>	podráždenosť <input type="checkbox"/>	zmätenosť <input type="checkbox"/>
vysoký krvný tlak <input type="checkbox"/>	vypadávanie vlasov <input type="checkbox"/>	nočné potenie <input type="checkbox"/>	zmeny nálad <input type="checkbox"/>
nespavosť <input type="checkbox"/>	úzkosť/strach <input type="checkbox"/>	Iné:	

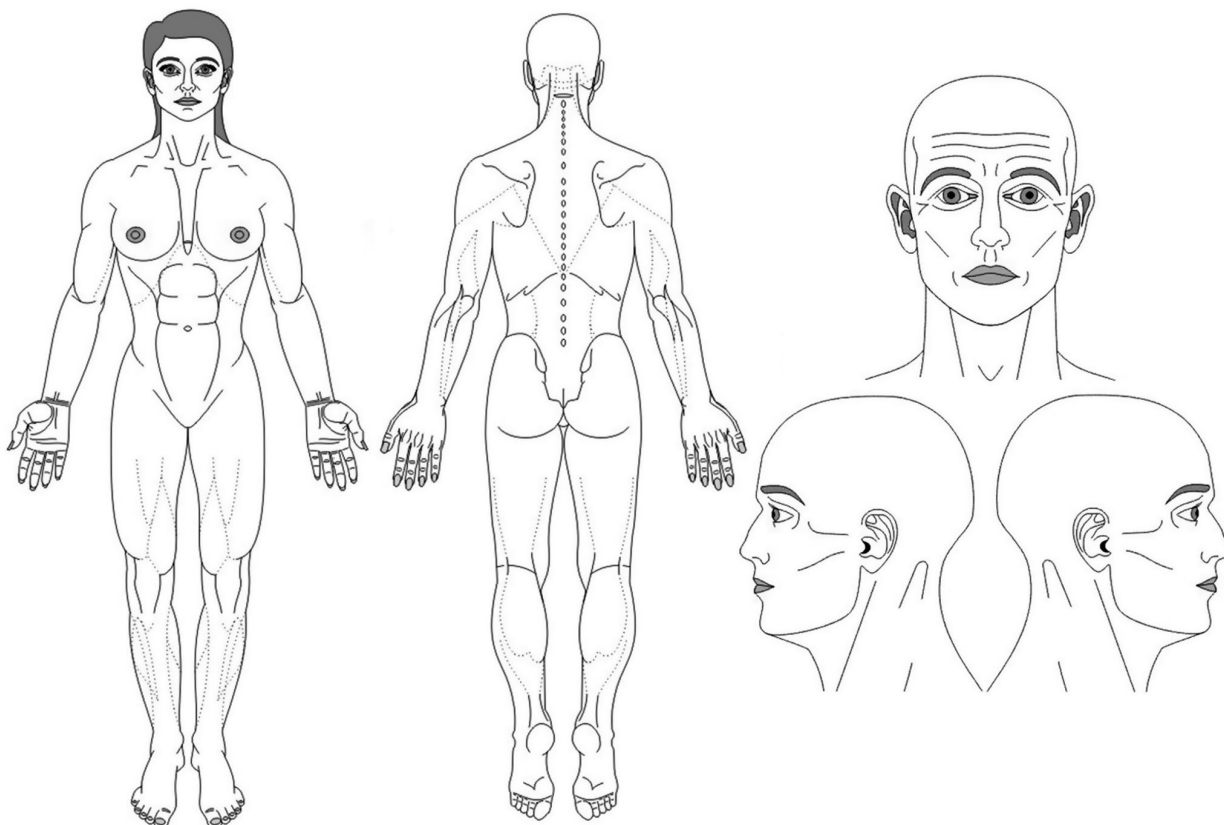
Trpíte momentálne:	bolesti počas styku <input type="checkbox"/>	myóm <input type="checkbox"/>	cysty <input type="checkbox"/>
rakovina <input type="checkbox"/>	kandida <input type="checkbox"/>	neplodnosť <input type="checkbox"/>	Iné:

Podstúpili ste:	hysterektómia <input type="checkbox"/>	mastektómia <input type="checkbox"/>	lumpektómia <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------

14. Svaly a kosti • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

bolesti chrbta <input type="checkbox"/>	bolesti krčnej chrbtice <input type="checkbox"/>	bolesti krížov <input type="checkbox"/>
celková stuhnutosť <input type="checkbox"/>	slabosť svalov <input type="checkbox"/>	chvenie <input type="checkbox"/>
bolesti kĺbov <input type="checkbox"/>	bolesti svalu <input type="checkbox"/>	obmedzená pohyblivosť <input type="checkbox"/>
strnulosť <input type="checkbox"/>	Iné:	

Ak pociťujete bolesť, označte na nasledujúcich obrázkoch na ktorých miestach:



Oblasť/miesto	Charakter bolesti ¹	Stupeň bolesti ²	Frekvencia

¹ rezavá, trhajúca, pichajúca, pálivá, tupá, prenikajúca, vystreľujúca, stála, prerušovaná, hlboká, povrchová, lokalizovaná, nelokalizovateľná...

² 1: nízky — 10: vysoký

15. Pokožka, nechty & vlasy • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

suchá pokožka <input type="checkbox"/>	pocit pálenia <input type="checkbox"/>	lepkavé ruky <input type="checkbox"/>
svrbenie <input type="checkbox"/>	tvorba znamienok <input type="checkbox"/>	ekzém <input type="checkbox"/>
vyrážky <input type="checkbox"/>	lámavé nechty <input type="checkbox"/>	psoriáza <input type="checkbox"/>
diskolorácia kože <input type="checkbox"/>	kŕčové žily <input type="checkbox"/>	pleseň na nechtoch <input type="checkbox"/>
vypadávanie vlasov <input type="checkbox"/>	lupiny <input type="checkbox"/>	Iné:

16. Oči a uši • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

slabý zrak <input type="checkbox"/>	rozmazané videnie <input type="checkbox"/>	pálenie v oku <input type="checkbox"/>
suchosť/svrbenie oka <input type="checkbox"/>	katarakt <input type="checkbox"/>	glaukoma <input type="checkbox"/>
infekcia/zápal oka <input type="checkbox"/>	bolesť v oku <input type="checkbox"/>	bolesť v uchu <input type="checkbox"/>
infekcia/zápal ucha <input type="checkbox"/>	pískanie (zvuky) v uchu <input type="checkbox"/>	závrate <input type="checkbox"/>
ušný maz <input type="checkbox"/>	Iné:	

17. Mentálny a emocionálny stav

Aký máte pocit z nasledujúcich oblastí vášho života?	Vynikajúci	Dobry	Prijateľný	Zlý	Označte možnosti ktoré najlepšie odrážajú váš súčasný postoj a ak chcete uveďte podrobnejšie informácie: Komentár
Vy					
Váš partner					
Rodina					
Financie					
Práca					
Zmysel života					

Aké pocity vás v poslednom čase najviac ovládajú?			veselosť <input type="checkbox"/>	radosť <input type="checkbox"/>
nervozita <input type="checkbox"/>	strach <input type="checkbox"/>	úzkosť <input type="checkbox"/>	spokojnosť <input type="checkbox"/>	podráždenosť <input type="checkbox"/>
žiarlivosť <input type="checkbox"/>	smútok <input type="checkbox"/>	závisť <input type="checkbox"/>	nespokojnosť <input type="checkbox"/>	hnev <input type="checkbox"/>

Ste v poslednom čase vystresovaný/á? Áno Nie

Ak áno, čo je dôvodom vášho stresu?

Ste schopný/á slobodne vyjadriť svoje emócie a pocity?

18. Závislosti • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

Alkohol: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>	Lieky: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>
Cigarety: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>	Iné: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>
Drogy: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>	Jedlo/sladkosti: V súčasnosti <input type="checkbox"/> V minulosti <input type="checkbox"/>

Chceli by ste k tomu niečo dodať?

19. Spánok a sny • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

Kvalita spánku: prerušovaný ľahký hlboký

Chodíte spať a vstávate v pravidelnom čase?

O kolkej chodíte spať:

O kolkej vstávate:

Koľko hodín priemerne spíte:

Zobúdzate sa v noci? Áno Nie

Ak áno, z akého dôvodu:

Cítite sa ráno svieži/a?

Aké mávate v poslednom čase sny?

mierumilovné aktívne nočné mory nespracované záležitosti nepamätám si

20. Pravidelné návyky • Označte kondície ktoré odrážajú váš súčasný stav

	Nikdy	Niekedy	x mesačne	x týždenne	x denne
Hatajóga					
Pranajama					
Meditácia/modlitba					
Fitness					
Tímový šport					
Iné cvičenie:					
Cestovanie					
Iné:					

Oskenujte, prosím, vyplnený dotazník a pošlite ho emailom na daniela@ayurdharma.com pár dní pred konzultáciou.

21. Strava • Označte možnosti ktoré najviac odrážajú vaše stravovacie návyky a trávenie počas posledných dvoch týždňov

Strava: vegetariánska vegánska semi-vegetariánska mäsová strava

Cítite v čase jedla hlad? niekedy ani nie/málokedy vždy

Ako sa cítite po jedle? príjemne ťažko potrebujem si zdiemnuť čoskoro opäť hladný

Čas jedla: pravidelný väčšinou pravidelný nepravidelný

Uved'te o koľkej jete: raňajky: _____ obed: _____ večeru: _____

Používate: mikrovlnku plechovky rýchle občerstvenie pozostatky zo včera

Kde sa stravujete (uved'te %): doma: _____ % v práci: _____ % vonku: _____ %

Koľkokrát za deň jete?

Ktoré chute máte najradšej? (1-6) sladká kyselé slaná pálivá horká trpká

Uved'te (v %) zloženie vášho jedálnička: ovocie: _____ % zelenina: _____ % chlieb a pečivo: _____ %
obilniny a cestoviny: _____ % strukoviny: _____ % mäso: _____ % ryby: _____ % mliečne výrobky: _____ %

Uved'te podrobne z čoho pozostáva váš jedálniček:

Raňajky	
Desiata	
Obed	
Olovrant	
Večera	



Uved'te aké nápoje pijete a koľko (v dcl) počas dňa:

Voda (bezublinková): _____

Káva: _____

Čaj: _____

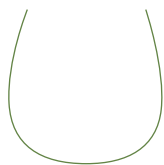
Alkohol: _____

Iné nápoje: _____

Problém stráviť určité potraviny:

DIAGNÓZA A LIEČEBNÝ PLÁN • pre vyplnenie ayurvédskym lekárom

Jazyk



	Farba
	Tvar
	Povlak
	Iné

Pulz

Prakruti

V

P

K

Guna

Vikruti

V

P

K

Guna

hrubé črevo	žlčník	pericardium	močový m.	žalúdok	tenké črevo
plúca	pečeň	cirkulácia	obličky	slezina	srdce

Rasa	Rakta	Mamsa	Meda	Asthi	Majja	Shukra
------	-------	-------	------	-------	-------	--------

Doplňky

Diéta

Životné návyky

Cvičenie