



АНКЕТА

Личные данные

Фамилия _____

Имя _____

Адрес _____

Номер телефона _____

E-Mail _____

Дата рождения _____

Рост _____

Вес _____

Объём талии _____

(если у Вас нет сантиметра, воспользуйтесь поясом и линейкой)

История болезней

Принимаете ли Вы лекарства?

Да Нет

Если да, то какие? _____

Для женщин:

Проходили ли Вы когда-нибудь маммографию?

Да Нет

Если да, то когда? _____

Вам делали прививки?

Да Нет

Если да, то какие? _____

Ощущаете ли Вы боли в ногах при ходьбе?

Да Нет

Есть ли у Вас паспорт прививок?

Да Нет

Вы курите?

Да Нет

Сколько сигарет в день Вы курите?

У Вас есть аллергии?

Да Нет

Если да, то какие? _____

Страдаете ли Вы кашлем или хрипотой более 4 недель?

Да Нет

Был ли у Вас определен повышенный уровень сахара в крови?

Да Нет

Замечали ли Вы когда-нибудь кровь в моче?

Да Нет

Замечали ли Вы у себя наличие крови в стуле?

Да Нет

Было ли у Вас кратковременное ослабление зрения или слабость в ногах/руках?

Да Нет

Проходили ли Вы когда-нибудь колоскопию?

Да Нет

Если да, то когда? _____

Страдаете ли Вы периодическими приступами мигрени с периодическим нарушением зрения?

Да Нет



Расположение духа

Находились ли Вы в течении последних двух недель в состоянии депрессии, подавленности или уныния?

Да Нет

Замечали ли Вы в течении последних 2 недель потерю интереса и желания к физической активности?

Да Нет

Ощущаете ли Вы постоянное состояние перенапряжения?

Да Нет

Ощущаете ли Вы иногда сильную потребность в сне?

Да Нет

Страдаете ли Вы от чрезмерной моральной нагрузки?

Да Нет

Семейный анамнез

Был ли у одного из родителей инфаркт в возрасте до 60 лет?

Да Нет

Страдает ли один из родителей сахарным диабетом?

Да Нет

Страдал ли один из родителей раковыми заболеваниями?

Да Нет

Если да, то какими?

Для женщин:

Был ли установлен у матери или у сестеры рак груди ?

Да Нет

Для мужчин:

Замечали ли Вы симптомы нарушения эрекции?

Да Нет

Общие вопросы

Существуют ли беспокоящие Вас медицинские вопросы или жалобы на здоровье?

Что беспокоит Вас особенно, в плане здоровья?

Занимаетесь ли Вы регулярно спортом?

Да Нет

Если да, то как часто?

Если нет, то какой вид спорта кажется Вам наиболее подходящим?

Какое блюдо является Вашим любимым?

Как часто Вы употребляете фрукты, овощи, цельнозерновые продукты, ржаной хлеб, хлеб из муки грубого помола или с отрубями?

Хотели бы Вы получить подробный анализ Ваших гастрономических пристрастий?

Да Нет

Заинтересованы ли Вы в прохождении оздоровительного тренинга?

Да Нет

Мы благодарим Вас за заполнение анкеты.

Вы можете отправить ее нам по почте, на адрес: **PAN Praxisklinik am Neumarkt GmbH & Co. KG, Zeppelinstr. 1, 50667 Köln**

Или по факсу, на номер: **0221 2776-611**

Все данные являются конфиденциальными и не подлежат разглашению. Мы будем рады предложить Вам индивидуальную программу обследования.