

VSTUPNÍ DOTAZNÍK**IM rezona**

Jméno a příjmení:	Křestní jméno matky:
Datum narození:	Místo narození:
Bydliště:	
Mobil:	Email:
Zásadní zdravotní problémy, které chcete řešit (uvedte akutní, případně chronické bolesti, kde a jak dlouho se vyskytují):	
Prodělané operace, úrazy, otrava (uvedte jaké a kdy):	
Chronická onemocnění (uvedte, jaké užíváte léky):	
ORL (např. angíny, záněty uší, ztráta sluchu, pískání v uších, alergická rýma, záněty dutin, časté afty, opary, záněty zubů a dásní, ucpaný nos, kašel suchý nebo dráždivý, noční kašel, laryngitida, atd.):	
Kožní problémy (uvedte, od kdy a kde na pokožce se problém vyskytuje, například ekzém, vyrážky, bradavice, akné, svědění kůže, lupenka, pigmentové skvrny na kůži, hemangiomy):	
Zrak (uvedte, kdy došlo ke zhoršení zraku, jaká je Vaše oční vada, kolik máte dioptrií):	
Pohybový systém (např. ztuhlost svalstva, křeče svalů, bolesti kloubů, brnění, třes, špatná koordinace):	
Krevní systém (např. zvýšený cholesterol, cukr, křečové žíly, ucpávání cév, anémie):	
Uvedte, jaký máte krevní tlak (nízký, vysoký nebo kolísavý, v závislosti na zátěži):	
Měl/a jste v minulosti špatné jaterní testy? Pokud ano, uveďte prosím kdy.	
Lymfatický systém (např. bulky v podpaží, v prsu, pod kůží, nadměrné pocení, otoky nohou a rukou, studené nohy a ruce):	

Trávicí systém, zažívání (např. průjemy, zácpy, stolice několikrát denně, nadýmání, plynatost, nepravidelná stolice, nechutenství, bolesti žaludku, únava po jídle, říhání, netrávení bílkovin, potravinové alergie atd.):

Urogenitální systém (u muže např. prostata-genetická predispozice, zvětšení, ložisko v prostatě, u ženy např. záněty vaječníků a cysty, endometrióza, bolestivá menstruace, výtoky, neplodnost, potrat):

Záněty ledvin a močových cest (uveďte kdy, případně zda se jedná o chronické stádium):

Dýchací systém (např. pylová alergie, chrápání, astma, potíže s dechem při zátěži atd.):

Další symptomy (např. únava, vyčerpání, deprese, nespavost, migrény, labilita, hyperaktivita, kolísání váhy, hubnutí, skokové přibývání na váze atd.):

Nemoci v rodině (např. infarkt, rakovina, mrtvice, autoimunitní onemocnění, alergie, chronická onemocnění, nemoci pohybového aparátu atd.)

Kardiostimulátory, kovové náhrady kloubů, naslouchátka:

Jaké léky v současnosti užíváte - na předpis i bez předpisu (u žen např. hormonální antikoncepce)

Jaké potravinové doplňky v současnosti užíváte?

Máte v domácnosti zvířata? Popřípadě měli jste jako děti?

Datum vyplnění:

Podpis: