

Életmód Orvosi Anamnesztikus Kérdőív

BALANCE MEDICAL CENTER

Kérjük, töltsse ki a kérdőívet a lehető legpontosabban és részletesebben.

A megadott információk segítenek az életmód orvosnak felkészülni a konzultációra és hatékonyabban kihasználni a rendelkezésre álló időt.

Minden információt bizalmasan kezelünk.

Kérjük, legalább 3 nappal a konzultáció előtt küldje vissza a kitöltött kérdőívet.

1. ALAPADATOK

Név: _____

Születési dátum: _____ Életkor: _____

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Lakcím: _____

Foglalkozás: _____

Munkavégzés jellege: Ülő munka Fizikai munka Vegyes Home office
 Műszakos munka

2. MIÉRT KÉRI AZ ÉLETMÓD ORVOSI KONZULTÁCIÓT?

(Kérem, fogalmazza meg miben tudunk Önnek segíteni?)

3. JELENLEGI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Kérem, sorolja fel az összes ismert betegségét, krónikus állapotát:

Diagnózis	Mióta áll fenn?	Ki diagnosztizálta?

Milyen panaszai vannak jelenleg?

(jelölje meg az összes releváns tünetet és értékelje 1-10-ig, ahol 10 a legsúlyosabb)

Tünet	1-10	Mióta?	Megjegyzés
Fáradtság, kimerültség			
Alvási problémák			
Emésztési panaszok			
Fejfájás			
Ízületi fájdalom			
Hátfájás			
Légzési nehézség			
Mellkasi fájdalom/szorítás			
Szédülés			
Bőrproblémák			
Koncentrációs zavar			
Hangulati problémák			
Túlsúly			
Egyéb:			

4. ORVOSI ELŐZMÉNYEK

Korábbi súlyos betegségek, műtétek, balesetek, kérem, sorolja fel időrendben:

Kórházi kezelések, műtétek az elmúlt 5 évben

Allergiák

- Nincs ismert allergiám
 Van allergiám, mégpedig:

Ételallergia, étel-intoleranciák

- Nincs
 Van, mégpedig:

5. CSALÁDI KÓRTÖRTÉNET

Kérem, jelölje meg, ha közeli rokonainál (szülők, testvérek, nagyszülők) előfordult az alábbiak valamelyike, és ha tudja, milyen életkorban:

Betegség	Érintett rokon	Életkor diagnóziskor
<input type="checkbox"/> Szívinfarktus		
<input type="checkbox"/> Stroke, agyvérzés		
<input type="checkbox"/> Cukorbetegség		
<input type="checkbox"/> Magas vérnyomás		

<input type="checkbox"/> Magas koleszterin		
<input type="checkbox"/> Daganatos betegség (típus: _____)		
<input type="checkbox"/> Autoimmun betegség		
<input type="checkbox"/> Elhízás		
<input type="checkbox"/> Depresszió, szorongás		
<input type="checkbox"/> Demencia, Alzheimer-kór		
<input type="checkbox"/> Egyéb: _____		

6. GYÓGYSZEREK ÉS KIEGÉSZÍTŐK

Kérem, minden gyógyszert soroljon fel a pontos nevével és adagolásával

Gyógyszer neve	Adagolás	Mióta szedi?	Mire szedi?

Vitaminok, ásványi anyagok, étrend-kiegészítők

Készítmény neve	Adagolás	Mióta szedi?

Korábbi gyógyszerek, amelyek mellékhatást okoztak:

7. TÁPLÁLKOZÁS -

Hány főétkezést fogyaszt naponta? 1 2 3 4+

Hány közbülső nassolást? 0 1-2 3-4 Több

Mennyit reggelizik általában? Soha Ritkán Hétvégén Naponta

Tipikus reggeli menüje: _____

Tipikus ebédje: _____

Tipikus vacsorája: _____

Mit szokott nassolni? _____

Élelmiszercsoportok fogyasztása

Kérem, jelölje meg, milyen gyakran fogyasztja az alábbi élelmiszereket:

Élelmiszer	Soha	Ritkán	Heti 1- 2x	Heti 3- 5x	Naponta
Zöldségek (nyers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zöldségek (főtt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyümölcs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teljes kiőrlésű gabonák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehér kenyér, péksütemény	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hüvelyesek (bab, lencse, stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diófélék, magvak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vörös hús (marha, disznó, négy lábú)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baromfi, szárnyas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tojás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tejtermékek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feldolgozott hús (felvágott, kolbász)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Édesség, sütemény, cukor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sós snack (chips, ropogós)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyorséttermi ételek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folyadékfogyasztás

Mennyi vizet iszik naponta? _____ liter

Egyéb folyadékok (napi mennyiség):

- Kávé: _____ csésze
- Tea: _____ csésze
- Üdítő, szörp: _____ pohár
- 100% gyümölcslé: _____ pohár
- Energiital: _____ doboz
- Egyéb: _____

Étkezési környezet és szokások

Hol étkezik leggyakrabban? Otthon, főzök magamnak Menza Étterem
Gyorséttermek Vegyes

Mennyit étkezik külső helyen hetente? _____ alkalommal

Milyen gyorsan eszik? Nagyon gyorsan (10 perc alatt) Közepesen (15-20 perc)
Lassan, alaposan rágva (25+ perc)

Mivel foglalkozik étkezés közben? Csak eszem TV, film nézés Telefonozás
 Munka, olvasás

Mikor eszi a legtöbbet? Reggel Délben Este Éjszaka

Jellemző-e éjszakai evés? Igen Nem

Speciális étrendek

Követ valamilyen speciális étrendet? Nem Vegetáriánus Vegán

Gluténmentes Laktózmentes Paleo Keto Egyéb: _____

Ha igen, mióta? _____

Miért választotta? _____

Evési magatartás

Jellemző-e Önre? (többet is megjelölhet)

- Unalomból evés
- Stresszből evés
- Érzelmi evés
- Falási epizódok (nagy mennyiség rövid idő alatt)
- Titkos evés
- Bűntudat étel fogyasztása után
- Állandó diétázás
- Túlzott kontroll az étel felett

Szokott éhségérzetét figyelmen kívül hagyni? Igen Nem Néha

Tud jóllakottság érzésre figyelni? Igen Nem Néha

Korábbi diétázási/fogyási kísérletek

Hány diétát próbált már korábban? _____

Milyen diétákat? _____

Mi volt a hosszútávú eredmény? Tartósan fogyott Visszahízott Jojó hatás

Nem tudott fogyni

8. FIZIKAI AKTIVITÁS

Mennyire aktív az átlagos napja során? Nagyon ülő (egész nap ülök) Enyhén aktív (néha séta, állás) Közepesen aktív (rendszeres séta, mozgás) Nagyon aktív (fizikai munka vagy intenzív sport)

Hány lépést tesz meg átlagosan naponta? _____ (ha méri)

Rendszeresen sportol? Igen Nem

Ha igen:

Tevékenység típusa	Gyakoriság (pl. hetente)	Időtartam	Intenzitás
			<input type="checkbox"/> Könnyű <input type="checkbox"/> Közepes <input type="checkbox"/> Intenzív
			<input type="checkbox"/> Könnyű <input type="checkbox"/> Közepes <input type="checkbox"/> Intenzív
			<input type="checkbox"/> Könnyű <input type="checkbox"/> Közepes <input type="checkbox"/> Intenzív

Van-e rendszeres edzésterve, edzője? Igen Nem

Mi akadályozza a rendszeres mozgásban? Nincs idő Fáradtság Fájdalom

Nincs motiváció Nincs akadály Egyéb: _____

Szereti a mozgást? Igen Nem Vegyes

Milyen mozgásforma érdekelné? _____

Mozgásérzékenység, korlátok

Van-e bármilyen fizikai korlát, ami akadályozza a mozgásban? Igen Nem

Ha igen, mi: _____

Volt-e mozgásszervi sérülése? _____

9. ALVÁS

Alvási szokások

Hány órát alszik átlagosan éjszaka? _____ óra

Ez elegendő Önnek? Igen Nem

Mikor fekszik le általában? : Mikor kel? :

Hétvégén más az alvási rutinja? Igen Nem

Alvás minősége

Hogyan értékelné alvása minőségét? Nagyon rossz Rossz Közepes Jó

Kiváló

Jellemző-e Önre? (többet is megjelölhet)

- Nehezen alszik el
- Éjszaka gyakran felébred
- Korán felébred és nem tud visszaaludni
- Pihent alvás érzése reggelre
- Nappali fáradtság, álmoság
- Horkolás
- Légzéskimaradás alvás közben (társától észlelve)

Nyugtalan láb szindróma

Rémálmok

Szed altatót, nyugtatót? Igen Nem

Ha igen, mit és milyen gyakran? _____

Lefekvés előtti szokások

Mit csinál lefekvés előtt 1-2 órával? Képernyőzés (telefon, tablet, TV) Olvasás

Munka Relaxáció, meditáció Egyéb: _____

Mikor eszi az utolsó étkezést? :

Fogyaszt-e koffeint délután/este? Igen Nem

10. STRESSZ ÉS MENTÁLIS EGÉSZSÉG

Stressz szintje

Hogyan értékelné jelenlegi stressz szintjét? (1-10, ahol 10 a legrosszabb)

Mi okoz Önnek stresszt? (többet is megjelölhet)

Munka, karrier

Pénzügyek

Családi problémák

Párkapcsolat

Egészség (saját vagy családtag)

Egyedüllét, magány

Jövő miatti aggodalom

Egyéb: _____

Megküzdési stratégiák

Hogyan kezeli a stresszt? (többet is megjelölhet)

Beszélgetés barátokkal, családdal

Sport, mozgás

Meditáció, légzésgyakorlatok

Hobbi

Séta a természetben

Evés, ivás

Dohányzás

Alkohol

Visszahúzódás, elszigetelődés

Nem foglalkozom vele

Egyéb: _____

Mentális jóllét

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran érezte az alábbiakat?

Tünet	Nem volt	Néhány napon	Több, mint fél napig	Majd minden nap
Lehangoltság, depresszió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Érdeklődés, öröm hiánya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szorongás, idegesség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggodalmak, amiket nehéz kontrollálni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Volt-e már diagnosztizált mentális egészségügyi problémája? Nem

Depresszió Szorongás Pánikroham Egyéb: _____

Szed-e antidepresszánst vagy szorongásoldót? Igen Nem

Ha igen, mit? _____

Jár-e pszichológushoz/pszichiáterhez? Igen Nem

11. TÁRSAS KAPCSOLATOK

Hogyan értékelné társas kapcsolatait? Nagyon elégedett Elégedett

Közömbös Elégedetlen Nagyon elégedetlen

Van-e olyan ember, akire számíthat, ha segítségre van szüksége? Igen,
többen is vannak Igen, 1-2 ember Nincs

Párkapcsolatban él? Igen Nem

Ha igen, támogatja-e partnere az egészséges életmód kialakításában?

Nagyon támogató Támogató Semleges Nem támogató

Él-e családdal/háztartásban másokkal? Igen Nem, egyedül élek

Mennyi időt tölt társaságban hetente? _____ óra

Érzi-e magányosnak magát? Soha Ritkán Néha Gyakran Mindig

12. FÜGGŐSÉGEK ÉS KÁROS SZOKÁSOK

Dohányzik? Nem, soha nem dohányoztam Régen dohányoztam, de _____ éve
leszoktam Igen, jelenleg is dohányzom

Ha jelenleg dohányzik:

- Napi cigaretta mennyiség: _____ szál
- Hány éve dohányzik: _____ év

• Szeretne leszokni? Igen Nem Nem tudom

Fogyaszt alkoholt? Nem, soha Alkalmanként (havonta 1-2x) Hetente 1-2x

Hetente 3-5x Naponta Régen többet fogyasztottam, de _____ éve már nem.

Használ-e pszichoaktív szereket? Nem Igen, mit: _____

Van-e viselkedés függősége? (internet, vásárlás, játék, pornó, stb.) _____

13. LABOREREDMÉNYEK ÉS VIZSGÁLATOK

Kérem, töltsse ki az utolsó ismert értékeket és a vizsgálat dátumát:

Vizsgálat	Eredmény	Dátum	Normál tartomány
Testsúly	kg		
Testmagasság	cm		
Derékbőség	cm		
Vérnyomás	/ Hgmm		
Éhomi vércukor	mmol/l		3.9-5.6
HbA1c	%		<5.7%
Össz-koleszterin	mmol/l		<5.2
LDL-koleszterin	mmol/l		<3.4
HDL-koleszterin	mmol/l		>1.0 (férfi), >1.2 (nő)
Triglicerid	mmol/l		<1.7
GOT (AST)	U/l		
GPT (ALT)	U/l		
GGT	U/l		
Kreatinin	μmol/l		
D-vitamin	nmol/l		>75
TSH	mU/l		0.4-4.0
CRP	mg/l		<3

Vannak friss (3 hónapnál nem régebbi) laboreredményei? Igen Nem

Ha igen, kérem csatolja a leleteket vagy hozza magával a konzultációra.

14. KORÁBBI ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁSI PRÓBÁLKOZÁSOK

Próbált már korábban életmódot változtatni? Igen Nem

Ha igen, mit próbált és milyen eredménnyel?

Mi volt a legnagyobb akadály a változásban?

Mi segítette leginkább a változást?

15. MOTIVÁCIÓ ÉS VÁLTOZÁSRA VALÓ KÉSZSÉG

Mennyire érzi magát felkészültnek az életmód változtatásra?

- Egyáltalán nem vagyok felkészült Gondolkodom rajta, de még nem vagyok biztos
- Fel vagyok készülve a változásra Már elkezdtem a változtatást
- Már régóta fenntartom az egészséges szokásokat

Mi motiválja a változásban? (több választ is megjelölhet)

- Egészségi problémák javítása
- Gyógyszerek csökkentése/elhagyása
- Testsúlycsökkentés
- Energia növelése
- Életminőség javítása
- Megelőzés (nem szeretnék megbetegedni)
- Példakép gyermekeimnek
- Hosszabb, egészségesebb élet
- Egyéb: _____

Mennyire biztos magában, hogy a sikerül a változás? (1-10) _____

Mit tart a legnagyobb kihívásnak?

16. EGYÉB INFORMÁCIÓK

Van-e bármi más, amit fontosnak tart megosztani ám nem került szóba a kérdőívben?

NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a kérdőívben megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a megadott/elhallgatott információk befolyásolják az orvosi konzultáció eredményességét.

Dátum: _____ **Aláírás:** _____

Köszönjük, hogy időt szánt a kérdőív kitöltésére!

Kérjük, küldje vissza a kitöltött kérdőívet email-ben vagy online formanyomtatványon keresztül a konzultáció előtt legalább 3 nappal.

Köszönjük bizalmát!