

Állapotfelmérő kérdőív (Kitti)

Név:

Lakcím:

E-mail:

Telefonszám:

Születési dátum:

Magasság:

Testsúly:

1. Mi az életmódváltás célja?

.....
.....
.....
.....

2. Mi jelenti a legnagyobb kihívás Önnek az életmódváltással kapcsolatban?

.....
.....
.....
.....

3. Milyenre értékelné jelenleg az általános egészségi állapotát?

- nagyon jó
- jó
- közepes
- kevésbé jó
- rossz

4. Vannak-e tünetei, ha igen, mik?

.....
.....
.....
.....

5. Hány étkezése van a nap folyamán?

- 1 2 3 4 5 6 több

6. Melyik étkezése a legkiadósabb, melyik étkezést kedveli a legjobban?

- Reggeli
- Ebéd
- Vacsora

7. A fő étkezések között jellemző-e a nassolás? Ha igen, jellemzően mit?

- igen:.....
- nem

8. Átlagban mikor van a nap során az első és mikor az utolsó étkezés?

- első:
- utolsó:

9. Mennyi folyadékot fogyaszt átlagban?

10. Jellemző-e a gyors szénhidrátok, mint például édességek, süti, csoki, fagylalt, aszalt gyümölcsök, fehér kenyér, tészta ételek, pizza, édes üdítőitalok, gyümölcslevek fogyasztása? És amennyiben igen, mit fogyaszt szívesen.

.....

.....

.....

.....

11. Jellemző-e a kávé, ill. édesség utáni vágy? Illetve van-e valami íz utáni vágy (savanyú, sós, édes, keserű)?

- kávé
- édesség, édes íz
- sós íz
- savanyú íz
- keserű íz

12. Táplálék kiegészítőt / vitamint szed-e? Ha igen, mit?

.....

.....

.....

.....

13. Fogyaszt-e kávé, ha igen, átlagban napi hány alkalommal?

- igen
- nem

14. Dohányzik-e?

- igen
- nem

15. Fogyaszt-e alkoholt?

- igen
- nem

16. Milyen az étvágya?

- nagyon jó
- jó
- közepes
- kevésbé jó
- rossz

17. Jellemző-e valami speciális étrend (esetleg diéta)? (pl. Dash, Carnivora, ketogén diéta, vegán étrend, FODMAP)

- igen
- nem

18. Van-e ismert intolerancia? Van-e ismert allergia? (Amennyiben nincs, van-e olyan étel, aminek elfogyasztása bármilyen tünetet okoz, nem esik jól, nem bír?)

- intolerancia:

- allergia:

- étel, ami nem esik jó:

19. Hogy jellemezné alvása minőségét?

- jó
- közepes
- rossz

20. Hány órát alszik jellemzően?

.....

21. Átlagosan hány órákor van a lefekvés ideje?

.....

22. Éjszaka megébred-e rendszeresen?

- igen
- nem

23. Ha igen, hány órákor? És ha felébred, vissza tud-e aludni?

.....
.....

24. Nehéz-e az elalvás?

- igen
- nem

25. Nehéz-e a felkelés?

- igen
- nem

26. Horkol-e?

- igen
- nem

27. Mozog-e rendszeresen? Sportol-e?

- igen
- nem

28. Ha mit sportol? És milyen rendszerességgel?

.....
.....

29. Milyen jellegű munkát végez? Mi a foglalkozása?

.....

30. Van-e mozgásszervi panasza, fájdalma?

.....

31. Kórtörténetében szereplő korábbi betegségek? Krónikus fájdalmak, betegségek? Operációk?

.....
.....
.....
.....
.....

32. Szed-e gyógyszert rendszeresen? (Antibiotikum szedés körülbelül hányszor volt)

.....

33. Volt-e amalgám tömése? Ha igen, ki lett-e cserélve? (Van ismert/diagnosztizált nehézfémterhelés?)

.....

34. Jellemző-e a hasi hízás? Nehéz fogyás?

.....

35. Jellemző-e a fejfájás, ha igen, milyen jellegű, köthető-e valami kiváltó ingerhez, gyakorisága, erőssége?

.....
.....
.....
.....

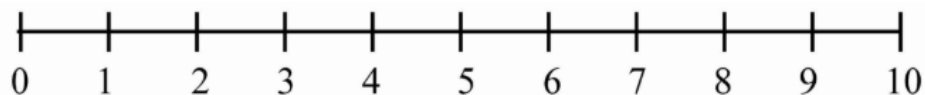
36. Milyen a vérnyomása?

- alacsony
- normál
- magas
- amennyiben magas, gyógyszeresen kezelt-e? :.....

37. Jellemző-e Önre a felsoroltak közül valamelyik:

- Hideg végtagok?
- Fázékonyság?
- Hajhullás?
- Krónikus fáradtság?

38. Mennyire érzi magát stresszesnek? - stressz szint szubjektív megítélése alábbi skálán (0 = nincs, 5 = közepes 10 = magas stressz szint)



39. Milyenek értékelné stressztűrő képességét?

- gyenge
- átlagos
- jó
- kifejezetten jó

40. Jellemző-e Önre a felsoroltak közül valamelyik:

- Lassú gondolkodás
- mentális köd
- feledékenység
- koncentrációs zavar
- deprimált állapot
- hangulatingadozás

41. Vannak-e nőgyógyászati problémái, tünetei? (menstruációs ciklus zavar, PMS (pre menstruációs tünetek), endometriózis, PCOS = policisztás ovárium szindróma, mióma, meddőség)

.....

.....

.....

.....

.....

42. Étkezés kimaradáskor van-e ingerlékenység, fejfájás?

- igen
- nem

43. Jellemző-e a gyakori vizelés, gyakori vizelési inger?

- igen
- nem

44. Gyakori szomjúságérzet jellemző-e?

- igen
- nem

45. Van-e emésztőrendszeri tünete (pl.: reflux, puffadás, székrekedés, hasmenés, gyomorfájdalom, teltségérzet, húsundor, étkezéshez köthető, étkezés utáni tünetek?)

.....

.....

.....

.....

.....

46. Bőrtünet jellemző-e? (pl.: ekcéma, kiütések)

.....

.....

47. Asztmás-e?

- igen
- nem