**Drogi Pacjencie,**

**proszę znajdź dla Siebie godzinę spokojnego czasu i wypełnij poniższą ankietę. Oddaj się refleksji, porozmawiaj ze swoim Ciałem, Umysłem, Duszą, zatrzymaj się w pędzie. Poczuj co Twój Organizm chce Ci powiedzieć. Wyczerpujące informacje pomogą w diagnozie i udoskonalą proces powrotu do zdrowia
i harmonii.**

**Data wizyty:** ……….……….

**Imię i nazwisko:** ………………………………………………………..

**Wiek:** ………….

**Wzrost:** ………….

**Waga:** ………….

**KONTAKT**

|  |  |
| --- | --- |
| **NR TEL.** | **MAIL:** |
|  |  |

**Główny powód wizyty:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**I. Historia dzieciństwa:**

Czy ciąża Matki oraz Pani/Pana poród był fizjologiczny?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy jako dziecko był Pan/Pani karmiony/a piersią?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy przebywał/a Pan/Pani w dzieciństwie poważne choroby? Jakie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Leczenie w dzieciństwie:**

Jak najczęściej zwalczano u Pani/Pana przeziębienie w dzieciństwie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy i jak często stosowane były antybiotyki i sterydy?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby występujące w rodzinie:**

Czy występowały lub występują w Pana/Pani rodzinie przypadki zachorowań
na np. nowotwory, nadciśnienie, cukrzycę i inne?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy występują lub występowały w Pana Pani rodzinie choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zachowanie:**

Czy był Pan/ była Pani energicznym i radosnym dzieckiem, czy raczej o niskim poziomie energii?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dorastanie**:

Jak wyglądała Pana/Pani energia życiowa – chęć do pracy fizycznej, ruchu, chęć do pracy umysłowej?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**KOBIETY – miesiączkowanie**

Od którego roku życia Pani miesiączkuje?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak długo trwa miesiączka? Co ile dni występuje krwawienie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy jest obfite? Jaki jest kolor krwi? Czy we krwi pojawiają się skrzepy?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy stosowane są środki antykoncepcyjne? Jakie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**KOBIETY – menopauza**

Czy przechodzi Pani lub przeszła menopauzę? Ile miała Pani lat?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W jakim wieku menopauzę przeszła Pani Mama?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**II. Praca**

Wykonywana praca?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy jest stresująca?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy lubi Pan/Pani swoją pracę?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy wymaga częstych podróży lub nocnych zmian?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**III. Główne dolegliwości – proszę wpisać X przy dokuczających Panu/Pani dolegliwościach lub odpowiedzieć na pytania:**

|  |  |
| --- | --- |
| Głowa, bóle, drażniące dźwięki, migreny |  |
| Kręgosłup – bóle, zwyrodnienia |  |
| Temperatura ciała, w okresach zdrowia/choroby? |  |
| Poty – stałe, spontaniczne, w nocy, zapach |  |
| Wydalanie moczu i obrzęki – kolor moczu, częstotliwość? |  |
| Wypróżnianie – stolec, wygląd, kolor? |  |
| Stolec miękki, gliniasty, potrzeba dużo papieru do podtarcia, a muszla bywa oklejona |  |
| Zaparcia - stolec twardy, suchy |  |
| Nieregularne wypróżnianie |  |
| Poczucie niepełnego wypróżniania |  |
| Trawienie – kwaśny, metaliczny smak w ustach, uczucie mdłości po śniadaniu |  |
| Wzdęcia, gazy, refluks |  |
| Oddychanie, zadyszki, zaburzenia |  |
| Nos, katar, polipy, węch |  |
| Gardło – bóle, chrypki, drapania, migdałki |  |
| Oczy – swędzenia, pieczenia, tendencje do przekrwienia |  |
| Uszy – słuch, bóle, piski, wydzielina |  |
| Sucha skóra |  |
| Trądzik, wysypka, inne zmiany skórne |  |
| Sen – zły sen, problem ze wstawaniem, problem ze zaśnięciem, bezsenność |  |
| Często się wybudzam - w jakich godzinach? |  |
| Potrzebuję więcej snu niż kiedyś |  |
| Budzę się zmęczona/y |  |
| Ile godzin snu potrzebuję, by czuć się wypoczętym? |  |
| W ciągu dnia – zmęczenie po południu, senność |  |
| Seks, libido – problemy |  |
| Mam słaby apetyt |  |
| Mam nadmierny apetyt, często czuję głód lub potrzebę jedzenia |  |
| Nie mam pragnienia |  |
| Czuję pragnienie, ale bez chęci picia |  |
| Czuję się wciąż zmęczony/a |  |
| Wypadają mi włosy |  |
| Mam nieświeży oddech |  |
| Mam często zimne stopy/dłonie |  |
| Jest mi raczej zimno przez większą część roku |  |
| Bolą mnie plecy w odcinku lędźwiowym |  |

INNE – jakie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy odczuwa Pan/Pani awersję do:

* zimna …………………………………………………………………………………………………
* wiatru …………………………………………………………………………………………………
* ciepła/gorąca …………………………………………………………………………………………………
* wilgoci …………………………………………………………………………………………………

Czy Pana/Pani dolegliwości pogarszają się pod wpływem któregoś z czynników?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy korzysta Pan/Pani z klimatyzacji, zimnych nawiewów (np. w samochodzie, pracy)?

Jak często?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy ma Pan/Pani plomby amalgamatowe? (ciemne wypełnienia)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Proszę wymienić choroby/schorzenia, które Pan/Pani przebył/a:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jakie środki farmaceutyczne (i inne np. zioła, suplementy) obecnie pani/pan zażywa?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy w minionych 3 latach przeżyła Pani/Pan wyjątkowo trudne chwile? Traumatyczne przeżycia (rozwód, żałoba, ciężka choroba w rodzinie, inne…)?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Gdyby mogła Pani/Pan natychmiast zmienić coś w swoim życiu – co by to było?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy to możliwe? Dlaczego?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Na diagnozę według medycyny chińskiej oraz planowanie głębokiej, skutecznej terapii, wpływ może mieć dosłownie wszystko, każde nasze doświadczenie z przeszłości, obecnego etapu życia, etc., dlatego przydadzą mi się także odpowiedzi na poniższe, jeszcze bardziej intymne pytania:

Jak wygląda Pana/Pani relacja z:

- Mamą …………………………………………………………………………………………………………………………

- Tatą …………………………………………………………………………………………………………………………

Czy ma Pan/Pani rodzeństwo?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Są starsi czy młodsi?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak odbierała Pani/Pan pojawienie się na świecie rodzeństwa?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy z tego powodu miał Pan/Pani poczucie odrzucenia, samotności, zazdrości?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Co zazwyczaj spożywa Pan/Pani na: | - |
| Śniadanie |  |
| Obiad |  |
| Kolację |  |
| Przekąski między posiłkami |  |
| Jak wielkie jest pragnienie słodyczy? |  |
| Jak wiele zjada Pan/Pani jogurtów i przetworów mlecznych? |  |
| Czy korzysta Pan/Pani z mrożonych pokarmów? |  |
| Jak często spożywa Pan/Pani i w jakiej ilości: | - |
| Czekoladę |  |
| Cukier |  |
| Sól |  |
| Czy spożywa Pan/Pani regularnie gotowane posiłki? Co to najczęściej jest? |  |

**IV. Odżywianie – Proszę uzupełnić puste pola**

Czy jest coś czego nie jada Pan/Pani z powodu alergii?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy ma Pan/ Pani szczególne preferencje w odżywianiu (ulubione, nielubiane potrawy) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy ma Pan/Pani ulubione/nietolerowane smaki (na przykład ostry, gorzki, etc.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jakie jest pragnienie, czy jest chęć na zimne, czy na gorące? jaką ilość płynów Pan/Pani wypija?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak często i w jakich ilościach spożywa lub zażywa Pan/Pani:

Alkohol: …………………………………………………..…………………………………………..…………………………………

Kawa: ……………………………………………………..…………………………………………..…………………………………

Papierosy: ……………………………………………….…………………………………………..…………………………………

Woda: ……………………………………………………..…………………………………………..…………………………………

Środki odurzające lub uspokajające: ………………………………………………………………………………………

Rodzaj i częstotliwość ćwiczeń fizycznych, ruch na świeżym powietrzu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Skąd Pani/Pana zdaniem bierze się choroba?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czym jest zdrowie wg Pani/Pana?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(W poniższym pytaniu nie chodzi mi o wyznanie religijne)
Czym jest dla Pani/Pana duchowość? Czy i jak się ona przejawia w Pani/Pana życiu? Jakie ma Pani/Pan doświadczenia w tym obszarze (medytacja, głęboki kontakt z Naturą, wymykające się rozumowemu pojmowaniu zjawiska/doświadczenia, udział w satsangach, etc.?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dziękuję i do zobaczenia,

Aneta Murakowska

**WYPEŁNIONY DOKUMENT PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES:**

**info@homnis.com.pl**