

LÉKY PROTI ALERGIÍ☐ **Žádné alergie mi nejsou známe**

Název	Reakce

PŘEDEPSANÉ LÉKY

Název léku	Množství a četnost	Přibližná doba začátku užívání	Důvod užívání

POTRAVINOVÉ DOPLŇKY A VOLNĚ PRODEJNÉ LÉKY

Název	Množství a četnost	Přibližná doba začátku užívání	Důvod užívání

VYŠETŘENÍ

TEST	Datum posledního testu	Výsledky - závěr

♀ **ŽENY:** Prosím zaškrtněte vše příslušné

	NIKDY	OBČAS	ČASTO	VELMI ČASTO
Porucha spánku				
Úzkost / Nervozita				
Podrážděnost				
Deprese/ Změny nálad				
Chuť na jídlo (sladké, slané)				
Pocity horka (návaly)				
Noční pocení				
Suchost vaginální sliznice				
Únik moči				
Suchá kůže / Vrásky				
Suché vlasy				
Únava				
Ztráta paměti				
Nesoustředěnost				
Padání vlasů				
Ztráta libida / Orgasmu				
Úbytek svalů/ Svalová ochablost				
Bolesti svalů a kloubů				
Ztráta pubického ochlupení				

♂ **MUŽI:** Prosím zaškrtněte vše příslušné

	NIKDY	OBČAS	ČASTO	VELMI ČASTO
Suchá kůže				
Suché vlasy				
Porucha spánku				
Únava				
Ztráta paměti				
Nesoustředěnost				
Úzkost / Nervozita				
Podrážděnost				
Deprese				
Ztráta libida / Orgasmu				
Sexuální dysfunkce – porucha erekce				
Předčasná ejakulace				
Svalová ochablost				
Úbytek svalové hmotnosti				
Bolesti svalů a kloubů				
Ztráta mužnosti				
Ztráta sebevědomí, průbojnosti				

PORODNICKÁ A GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (Ženy)

Poslední menstruace:	Věk prvních příznaků menstruace:
Pokud stále menstruuje: cyklus _____ dní Zakroužkujte jestliže menstruace: silná, nepravidelná nebo bolestivá	
Jste těhotná: NE ANO	Kojíte: NE ANO
Pokoušíte se o těhotenství: NE ANO	
Počet těhotenství: _____	Potrasy _____
Počet dětí _____ (Přirozený porod ____ Císařský řez ____) Mimoděložní těh. _____	

OSOBNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Zaměstnání:	Úroveň stresu (0-10):
Manželský status:	Cítíte se ve vašem partnerském vztahu bezpečně: ANO NE:
Počet dětí: _____	
Užívání alkoholu	Pokud ANO, jaký druh: _____ Jaké množství/týdně:
NE ANO	
Tabákové výrobky:	Pokud ANO, počet let kouření _____ Datum ukončení: _____
NE ANO	Krabiček/denně: _____ Cigaret/denně: _____ Žvýkacích bonbónů/denně: _____ Dýmka/denně: _____
Rekreační nebo pouliční užívání drog:	
NE ANO	pokud ANO, použili jste při tom jehlu: NE ANO
Sexuálně aktivní:	Heterosexuál Antikoncepce: Bisexuál Současná metoda užívání: _____ Homosexuál Poslední metoda užívání: _____
NE ANO	
Aktivita / Koníčky	

DALŠÍ SYSTÉMOVÉ PŘÍZNAKY Zaškrtněte prosím ANO při každém symptomu, který jste zažil/a a stručně jej popište.

	ANO	
Horečky / Zimnice		
Vyčerpání		
Úbytek / Příbytek hmotnosti		
Zvětšení lymfatických uzlin		
Časté modřiny		
Neostré vidění		
„Zvonění“ v uších		
Poruchy sluchu		
Vřidky v ústech		
Kardiovaskulární systém:		
Bolesti na hrudi v klidu nebo při námaze		
Studené ruce / studené nohy		
Otoky nohou		

Gastrointestinální systém	ANO	
Zácpa		
Průjem		
Nadýmaní		
Nadměrné říhání, pálení „žáhy“		
Plynatost		
Krev ve stolici		
Žízeň : nadměrná / nedostatečná		
Urogenitální systém		
Bolesti při močení		
Zakalená / krvavá moč		
Časté močení		
Potíže při močení		
Únik moči		
Pohybový systém		
Navštěvujete ortopeda?		
Nebo pravidelné fyzioterapie a masáže?		
Bolesti zad		
Bolesti krční páteře		
Bolesti ramen / kloubů		
Bolesti kyčlí		
Bolesti kolen		
Ostatní		
Svalová slabost		
Kožní systém		
Akné		
Suchá pleť		
Masticí se pleť		
Ztráta pružnosti / pevnosti		
Vrásy		
Pigmentace / Jizvičky		
Máte na kůži zhoubné novotvary?		
Používáte ochranný opalovací krém?		
Po opalování býváte... (zakroužkujte)	spálení	někdy spálení zřídka spálení nikdy spálení opálení
Navštěvujete solární studia? (četnost)		
Podstoupili jste v minulosti tyto zákroky: Botox, Rejuvenace pleti nebo laser?		
Máte zájem o dermatologickou konzultaci?		
Emocionální screening		
Navštěvujete psychiatra?		
Deprese		
Úzkosti		
Stres		

Všechny otázky výše jsem zodpověděl(a), jak nejlépe jsem mohl/a.

Podpis pacienta:

ZHODNOCENÍ VÝŽIVY

Příjem zeleniny (prosím zakroužkujte):	<input type="checkbox"/> ≤ 10%	<input type="checkbox"/> 20-40%	<input type="checkbox"/> 41-60%	<input type="checkbox"/> 60% ≤
Počet jídel denně:	Jaká potrava a kdy?			
Potravinové alergie:				
Neoblíbené potraviny				
Potraviny, které preferujete?	Nějaký specifický čas - den/měsíc, kdy toužíte po těchto potravinách?			
Budíte se v noci kvůli hladu?	Když ano, co děláte?			
ANO NE				
Styl chování (zaškrtněte prosím pouze jedno):				
<input type="checkbox"/> Vždy klidný a bezstarostný		<input type="checkbox"/> Málokdy klidný a vytrvale hledající povýšení		
<input type="checkbox"/> Většinou klidný a bezstarostný		<input type="checkbox"/> Nikdy bezstarostný, mající zdrcující ambice		
<input type="checkbox"/> Občas klidný s častou netrpělivostí		<input type="checkbox"/> Vystresovaný, problém relaxovat		

	NE	ANO		NE	ANO	Když ne vy, tak kdo?
Má partner nadváhu?			Plánuji své jídlo			
Denně se stravuji v restauracích			Vařím si jídlo			
Stravuji se v restauraci týdně			Nakupuji potraviny			
Denně pojídám „fastfood“			Používám nákupní seznam potravin			
Pojídám „fastfood“týdně			Používám náhražky cukru – sladidla			Jaké?
Piji syčené nápoje (cola apod.)			Používám máslo			
Jím, pokud jsem ve stresu			Používám margarín			
Jsem neustále ve stresu			Piji kávu nebo čaj: Kolik šálku denně.....			
Nejím pravidelně			Stravuji se dle (dieta, styl aj.)			

Pokud chcete snížit hmotnost, prosím odpovězte na tyto otázky.

Cílová hmotnost:	V jakém časovém rozmezí byste chtěli dosáhnout této hmotnosti:
Vaše hmotnost v minulém roce:	
Nejvyšší hmotnost (těhotenství se nepočítá) a kdy:	Nejnižší váha v dospělosti (18 a více):
Hlavní důvod pro snížení hmotnosti :	
Kdy jste začali přibírat na váze? (Pokud víte, udejte i důvody):	
Dřívější diety	Přibližné datum a výsledky úbytku hmotnosti

Typická snídaně

Čas jídla: _____

Kde: _____

S kým: _____

Typický oběd

Čas jídla: _____

Kde: _____

S kým: _____

Typická večeře

Čas jídla: _____

Kde: _____

S kým: _____

Úroveň aktivity: **(Zaškrtněte pouze jedno)**

- Neaktivní: žádná pravidelná fyzická aktivita (kancelářské práce).
- Lehce aktivní: žádná organizovaná fyzická aktivita během volného času.
- Středně aktivní: občasné zapojení do aktivit jako tenis, plavání, cyklistika, golf atd.
- Těžce aktivní: časté zvedání břemen, chození do schodů, namáhavé povolání, pravidelná návštěvnost hodin jógy, plavání, cyklistika anebo aktivní sport minimálně 3x týdně.
- Energicky aktivní: účast při náročných fyzických cvičeních aspoň 60 minut za sezení, minimálně 4x do týdne.

Prosím popište své cíle a zlepšení v oblasti zdraví, kterých byste chtěli dosáhnout:

Tyto informace nám pomohou při analýze vašich problémů a při vytvoření vašeho léčebného plánu. Děkujeme vám za vaši trpělivost a čas při vyplňování tohoto formuláře.

Případné poznámky:**Podpis pacienta:** _____