

МЕДИЦИНСКИ АНКЕТЕН ЛИСТ

Анамнеза за телемедицинска консултация - BIOMEDIS.INFO

Лични данни

Трите имена:

Дата на раждане:

Е-мейл адрес:

Телефонен номер

Място на раждане:

Националност:

Семейно положение:

Височина

Тегло

Кръвна група:

Професия:

Колко часа дневно работите?

Нощни смени?

Да

Не

Какво бихте искали да постигнете по отношение на Вашето здравословно /психоемоционално състояние?

Изпитвате ли често някое от следните емоционални състояния.

Раздразнителност

Страх

Стрес

Тревожност

Гняв

Склонност към депресия

Агресия

Омраза

Отчаяние

Самота

Апатия

Мъка

Какво е Вашето ниво на креативност /1-10/?

Какво е Вашето енергийно ниво /1-10/ ?

Каква е концентрацията и паметта Ви /1-10/?

Физическо състояние, оплаквания, заболявания?

Преди колко време за последно
имахте висока температура?

Имали ли сте субфебрилна
температура (37, 37.1, 37.2
градуса) ?

да

не

Спите ли добре нощем?

Ако не, по кое време
се събуждате и кога?

да

не

Чувствате ли се свежи
и отпочинали сутрин?

Лесно ли се
събуждате?

Чувствате ли отпадналост
и умора след обяд?

да

не

да

не

Да

Не

Състояние на стомашно-чревен тракт

Посочете кои от тези симптоми имате?

Подуване на стомаха

Киселини

Болки по време или след хранене

Тежест

Оригване

Газове

Повръщане

Имате ли алергии?

Ако да към какво и имате ли изостряне през пролетта и есента?

Да

Не

Има те ли
горчивина в устата?

Ако да, от кога го имате?

Има те ли болки или тежест в
дясно под най-долното ребро?

Да

не

Понякога

Да

Не

Понякога

Има те ли налеп по езика сутрин?	Ако да с какъв цвят е?	Имате ли обилно слюноотделяне нощем?
Да Не		Да Не Понякога
Скърцате ли със зъби нощем?	Какъв е цвета на конюнктивата (в ягълчетата на очите)?	Страдате ли от главоболие?
Да Не Понякога	Яркоорозово Тъмнорозов	Да Не

Ако да, къде е локализирано главоболието и имали нещо което да го подобрява или влошава?

Имате ли някакви проблеми в шията?	Имате ли някакви проблеми в устната кухина?
Ограничена подвижност Болка Подуване или промени в лимфните възли Болки или затруднения при гълтане Пресипналост Възпаления на сливиците и др.	Проблеми със зъбите Кървене на венците Парадонтоза

Има те ли кашлица?	Имате ли бодежи?	Имате ли задух?
Да Не	Да Не	Да Не

Вадите ли храчки?	Ако да, какви са на цвят?
Да Не	Бели Жълти Зелени

Имате ли някакви други заболявания или оплаквания?

Какво е състоянието на белите дробове?

Пушите ли? Ако да, по колко цигари на ден и от кога?

Да

Не

Опишете състоянието на кожата си. Имате ли сухота, екземи, псориазис и др?

Страдате ли от язвена болест на
стомаха или дванайсетопръстника?

Ако да, от колко време и как се лекувате?

Да

Не

Страдате ли от
захарен диабет?

Ако да, какъв е типът на диабета, какви лекарства вземате и в какви дози?

Да

Не

Страдате ли от
констипация (запек)
или диария?

Имате ли хемороиди
или кървене?

Колко пъти на ден
имате дефекация?

Да

Да

Не

Не

Имате ли проблеми с бъбреците?

Ако да, моля опишете какви са и какво лечение е провеждано?

Да

Не

Имате ли проблеми с щитовидната жлеза?

Ако да, моля опишете какви са и какво лечение провеждате

Да

Не

Страдате ли от болки в ставите?

Ако да, кои стави ви болят, от кога, опишете симптомите и лечението, което е било проведено

Да

Не

Има те ли някакви травми по опорно-двигателния апарат?

Имате ли сменени стави?

Счупвания

Да

Изкълчвания

Не

Навяхвания

Артрит

Артроза

Имате ли болки в кръста /1-10/?

Имате ли изтръпване и болки по ишиасния нерв отстрани на крака по бедрата и по-надолу /1-10/?

Имате ли болки в гръбначния стълб /1-10/?

Имате ли проблеми със сърдечно-съдова система?

Ако да, опишете какви?

Да

Не

Страдате ли от високо кръвно?

Ако да, какви медикаменти приемате?

Да

Не

Имате ли разширени вени?

Имате ли тромбофлебит?

Имате ли ускорено или неравномерно сърцебиене?

Да

Да

Да

Не

Не

Не

Имате ли някакви проблеми с бъбреците и отделителната система?

Да

Не

Имали ли сте бъбречни кризи и кога?

Имате ли някакви заболявания или образувания на половите органи?

Имате ли някакви оплаквания и проблеми в половия живот?

Да

Да

Не

Не

Имате ли нарушения/смущения в зрението?

Ако да, моля опишете подробно

Да

Не

Страдате ли от задържане на течности?

Ако да, опишете къде?

Да

Не

Поставяни ли са Ви импланти?

Имате ли трансплантация на орган?

Имате ли отстранен апендикс, жлъчен мехур или друг орган?

Да

Да

апендикс

Не

Не

Жлъчен мехур

Имали ли сте и имате ли
амалгамови пломби на зъбите?

Да

Не

Имате ли повишена чувствителност
към светлина и шум?

Да

Не

Спортувате ли?

Да

Не

Как сте родени?

По нормален начин

Чрез операция

Кърмени ли сте ?

Да

Не

Как е протекла бременността на
вашата майка

Нормално

С усложнения

Давани ли са Ви антибиотици като бебе?

Да

Не

Какво е било здравословното Ви състояние от 1-3г.?

Какво е било здравословното Ви състояние от 4-12г.?

Какво е било здравословното ви състояние в периода на юношество?

Имате ли усложнения след
ваксинация?

Да

Не

Влизали ли сте в болница и по какъв повод?

Да

Не

Имате ли пристрастяване към
наркотици, алкохол или аналгетици?

Да

Не

Ако да, към какво и в каква възраст е започнало?

Пътували ли сте до тропически и африкански страни?

Да

Не

ХРАНЕНЕ

Бързо ли се храните?

Да

Не

Колко вода пиете на ден?

Колко пъти се храните на ден?

Имате ли предпочитания към определени храни?

Пиете ли кафе/чай?, колко чаши на ден?

Имате ли алергии към определени храни?

Да

Не

Изпитвате ли липса/повишен апетит?

Да

Не

Пиете ли алкохол, ако да какво количество?

Консумирате ли месо? Колко пъти седмично?

Консумирате ли риба, в какви количества и колко често? В какъв вид я предпочитате/ суров-суши, варена, пържена?

Консумирате ли морски дарове?

Да

Не

Консумирате ли мляко и млечни продукти?

Да

Не

Консумирате ли суроеи плодове и зеленчуци?

Да

Не

Консумирате ли рафинирано олио, маргарин?

Да

Не

Колко често консумирате животински мазнини /масло, свинска мас, телешка, пилешка или патешка лой, сланина и др./ и тлъсти меса?

Колко често консумирате студено изцедени растителни мазнини /зехтин, ленено масло, други видове мазнини/?

Готвите ли храна в алуминиеви съдове без покритие или съдове с повредено тефлоново покритие?

Взимате ли някакви медикаменти в момента?

Да

Не

Взимате ли някакви хранителни добавки, билки или хомеопатични лекарства?

Да

Не

СПЕЦИФИЧНИ СИМПТОМИ И ОПЛАКВАНИЯ

Хъркате ли нощем?	Спирате ли дишането по време на сън?	Доспива ли ви се, когато шофирате продължително време?
Да	Да	Да
Не	Не	Не

Заспivate ли бързо вечер пред телевизора?	Имате ли гъбички на краката?	Имате ли мирис на ацетон в дъха?
Да	Да	Да
Не	Не	Не

Завива ли ви се свят при лягане и ставане?	Появяват ли ви се „светулки“ пред очите при лягане и ставане?	Вечер виждате ли цветни кръгове около лампите?
Да	Да	Да
Не	Не	Не

Получавате ли крампи на краката, мускулни спазми, сутрешна скованост, хрущене в ставите?	Получавате ли парестезия /мравучкане, изтръпване и други усещания по кожата/ на крайниците?
Да	Да
Не	Не

Използвате ли дезодоранти?	Имали ли сте контакти със селскостопански или диви животни?	Имате ли домашен любимец?
Да	Да	Да
Не	Не	Не

В какво жилище живеете? Има ли влага в него? Има ли вътрешни топлоизолации /от вътрешната страна на стените/?

Има ли до вашето жилище или работно място натоварен път, улица или кръстовище с интензивно движение, или промишлено предприятие, което отделя вредности?

Да
Не

Има ли срещу жилището Ви на разстояние по-малко от 200 м. клетка на GSM оператор?

Да
Не

По колко време на ден говорите по мобилен телефон? Използвате ли слушалка?

Имате ли бавно зарастване на рани, трудно съсирване на кръвта, лесно да остават белези или следи от най-малко нараняване по тялото?

Да

Не

Имате ли чупливи
кости и болни зъби?

Да

Не

Имате ли понякога силна
миризма на тялото и краката?

Да

Не

Имате ли бели следи и
петънца по ноктите?

Да

Не

Имате ли понякога апетит към
нехранителни продукти?

Да

Не

Имате ли усещане за парене в устата?

Да

Не

Потите ли се? Имате ли изпотяване на скалпа?

Да

Не

Имате ли смущения в
походката, лоши рефлексии?

Да

Не

Имате ли анемия, чупливи нокти, объркване, възпаление на езика, лезии в устата?

Често ли се лекувате с антибиотици? Кога за последен път сте пили антибиотици и по какъв повод?

Към кого бихте се обърнали, ако Ви сполети нещастие, с което не можете да се справите сам?

ВЪПРОСИ ЗА ЖЕНИ

На колко години ви дойде първата менструация?

Страдате ли от предменструален синдром /честа смяна на настроенията, умора, намалена концентрация, депресия, нервност и раздразнителност, гадене и подпухване, покачване на телесното тегло/?

Редовен ли ви е цикъла?

Да

Не

Имате ли от дисменорея (болезнени менструации)?

Да

Не

Приемали ли сте противозачатъчни? Ако да, какви точно?

Провеждали ли сте хормонално лечение?

Да

Не

Имали ли сте възпаления на апендикса, остри и хронични възпаления на червата?

Да

Не

Имате ли анемия?

Да

Не

По време на бременността и раждането, имахте ли някакви медицински проблеми?

Брой раждания

Как сте раждали нормално/секцио

Нормално

Секцио

Имали ли сте възпалителни заболявания на половите органи? Ако да, от какъв причинител?

Нещо допълнително, което мислите, че е важно да споделите?

Декларация

Информиран/на съм, че предоставената от мен информация по-горе е необходима за детайлна анамнеза и преценка на моето здравословно състояние /състоянието на моят близък

и ще се използва за определяне на необходимите стъпки за моята профилактика или лечение. Декларирам, че съм отговорил максимално точно и вярно на поставените въпроси. С изпращането по електронната поща на попълнения въпросник и резултатите от клиничните изследвания, декларирам за верността на написаното и желанието ми да получа препоръки за профилактика и лечение по алтернативни методики.

Декларатор: