

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ЦЕНТРА КОРРЕКЦИИ ВЕСА

Перед первым визитом к врачу необходимо заполнить данную анкету и вместе с ней прийти на прием.

1. Имя, отчество и фамилия.
2. Возраст
3. Семейное положение, количество детей, их возраст.
4. Профессия, режим работы.
5. Рост и вес.
6. Размер одежды
7. Цель (желаемый вес, размер одежды)
8. Колебания веса с 17-летнего возраста (какие, в связи с чем, если использовались диеты или препараты для снижения веса - точное описание. Какие были достигнуты результаты, сколько держался вес после использования)
9. Препараты, принимаемые постоянно или курсами (если есть).
10. Физическая нагрузка за последний месяц
11. Курение (если да, то стаж курения, количество сигарет в день)
12. Прием алкоголя (какие именно спиртные напитки и как часто)

13. Наличие зависимостей (игровая, компьютерная, наркотическая ...)
14. Наличие диагностированных хронических заболеваний (какие, частота обострений)
15. Измеряли ли когда-то АД (если да, то какие цифры)
16. Отмечали ли появление отеков (где, в какое время суток, как быстро проходят)
17. Страдаете ли нарушением сна?
18. В какое время просыпаетесь?
19. В какое время обычно ложитесь спать?
20. Сколько жидкости (чай, вода, соки, супы,...) употребляете в сутки?
21. Наличие аллергических реакций на лекарства, пищевые или бытовые продукты
22. Для женщин: наличие каких-либо гинекологических заболеваний, операций, регулярность менструального цикла
23. Для мужчин: наличие каких-либо урологических заболеваний
24. Наследственность: наличие у близких родственников (отец, мать, тети, дяди, братья, сестры) ожирения, диабета, бронхиальной астмы, патологии сердечно-сосудистой системы (инфаркты, инсульты, гипертоническая болезнь), щитовидной железы.
25. Занятия в свободное время (хобби)