

Wywiad medyczny (strona 1)

Wywiad jest dobrowolny i umożliwia uzyskanie pełnej interpretacji wyników badania.
Nie ma konieczności udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania.

1. Informacje podstawowe

Waga:

Wzrost:

Wykonywany zawód:

Częstotliwość ćwiczeń fizycznych/ ruch na świeżym powietrzu:

- Brak aktywności fizycznej (osoba leżąca)
- Lekka aktywność fizyczna (około 120min /tyg)
- Średnia aktywność fizyczna (około 240min/tyg)
- Wysoka aktywność fizyczna (około 420min/tyg)
- Bardzo wysoka aktywność fizyczna (sportowcy zawodowi)

2. Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani na badanie?

3. Proszę wymienić swoje schorzenia, kiedy zostały rozpoznane oraz stosowane metody leczenia, w tym zabiegi operacyjne, farmakoterapia (np. antybiotyki, leki na zgagę, przeciwzapalne, przeciwgrzybicze, przeciwcukrzycowe, przeciwdepresyjne), a także inne metody jak akupunktura.

4. Jakie środki lecznicze, zioła, suplementy, probiotyki, witaminy stosował/a Pan/Pani w ciągu ostatnich dwóch lat, w tym długotrwałe terapie antybiotykami i probiotykami? Prosimy o opis efektów i, jeśli to możliwe, nazwy leków oraz okresy ich stosowania.

5. Czy przeprowadził/a Pan/Pani specjalistyczne badania diagnostyczne (laboratoryjne, obrazowe, endoskopowe) w związku z obecnymi dolegliwościami? Prosimy o wymienienie rodzajów wykonanych badań.

Wywiad medyczny (strona 2)

Wywiad jest dobrowolny i umożliwia uzyskanie pełnej interpretacji wyników badania.
Nie ma konieczności udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania.

6. Czy w rodzinie Pana/Pani występowały lub występują poważne choroby (np. nowotwory, choroby neurologiczne, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe)?

Ojciec:

Dziadek:

Babcia:

Matka:

Rodzeństwo:

Rodzeństwo Matki:

Rodzeństwo Ojca:

7. Czy występują u Pani/Pana alergie lub nietolerancje pokarmowe, lub niewłaściwe reakcje na leki? Prosimy o wymienienie.

8. Czy stosuje Pan/Pani dietę specjalistyczną, jeśli tak proszę opisać na czym ona polega?

9. Na jakiego rodzaju pokarm ma Pan/Pani często ochotę (słodki, słony, kwaśny, ostry, gorzki, itd.). Czy słodzi Pan/Pani? Jeśli tak to czym?

Wywiad medyczny (strona 3)

Wywiad jest dobrowolny i umożliwia uzyskanie pełnej interpretacji wyników badania.
Nie ma konieczności udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania.

10. Jak często i w jakich ilościach spożywa lub używa Pan/Pani następujących substancji:

Alkohol:

Papierosy:

Kawa:

Woda:

Środki odurzające

Środki uspokajające:

Środki pobudzające, napoje energetyzujące:

11. Czy podróżuje Pan/Pani często poza miejsce swojego stałego zamieszkania? Czy odbywa Pan/Pani podróże do egzotycznych miejsc? Jeśli tak, prosimy o wskazanie, kiedy miała miejsce ostatnia podróż. Czy kiedykolwiek doświadczył/a Pan/Pani jakichkolwiek dolegliwości po lub w trakcie podróży?

12. Czy szczepi się Pan/Pani regularnie? Jakie to szczepienia? Podstawowe? Dodatkowe? Prosimy o komentarz:

13. Czy są jakieś inne inne niepokojące Pana/Panią objawy, które nie były wymienione w ankiecie a mają wpływ na stan Pan/Pani zdrowia oraz jakość Pana/Pani życia? Proszę je opisać w tym miejscu.

Wywiad medyczny (strona 4)

Wywiad jest dobrowolny i umożliwia uzyskanie pełnej interpretacji wyników badania.
Nie ma konieczności udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania.

14. Proszę zaznaczyć znakiem X w "O" jeżeli dotyczą Pani/Pana określone dolegliwości/objawy:

<input type="radio"/> Brak apetytu <input type="radio"/> Nadmierny apetyt <input type="radio"/> Napady głodu <input type="radio"/> Napady głodu w nocy <input type="radio"/> Wilczy głód <input type="radio"/> Utrata wagi <input type="radio"/> Ciągła utrata wagi <input type="radio"/> Stały wzrost wagi <input type="radio"/> Nadwaga <input type="radio"/> Częste wahania wagi <input type="radio"/> Uczucie ciągłego zmęczenia <input type="radio"/> Nadmierna nerwowość <input type="radio"/> Depresja <input type="radio"/> Poirytowanie <input type="radio"/> Ciągła senność <input type="radio"/> Zaburzenia nastroju <input type="radio"/> Zaburzenia koncentracji <input type="radio"/> Zaburzenia pamięci <input type="radio"/> Zaburzenia snu <input type="radio"/> Trudności z zaśnięciem <input type="radio"/> Bezsenność <input type="radio"/> Wybudzanie się nad ranem <input type="radio"/> Preferuje gorące napoje <input type="radio"/> Preferuje zimne napoje <input type="radio"/> Nadmierna potliwość <input type="radio"/> Nadmierne poty w nocy <input type="radio"/> Zlewne poty <input type="radio"/> Miewam dreszcze <input type="radio"/> Gorączka <input type="radio"/> Stany podgorączkowe <input type="radio"/> Często zimne stopy i ręce <input type="radio"/> Drętwienie rąk i nóg <input type="radio"/> Uczucie pulsowania w rękach i nogach <input type="radio"/> Skurcze mięśni <input type="radio"/> Słabość mięśni <input type="radio"/> Skurcze mięśni w nocy <input type="radio"/> Często sińce <input type="radio"/> Krwawienie przy niewielkim skaleczeniu <input type="radio"/> Suchość skóry <input type="radio"/> Swędzenie skóry <input type="radio"/> Pokrzywki <input type="radio"/> Egzema <input type="radio"/> Trądzik <input type="radio"/> Łuszczycyca <input type="radio"/> Dermatozy <input type="radio"/> Wypryski <input type="radio"/> Wysypki <input type="radio"/> Bóle głowy	<input type="radio"/> Migreny <input type="radio"/> Aura <input type="radio"/> Zawroty głowy <input type="radio"/> Mroczki <input type="radio"/> Widzę jak przez mgłę <input type="radio"/> Ból oczu <input type="radio"/> Oczy są zaczerwienione <input type="radio"/> Świąd w oczach <input type="radio"/> Ból w obrębie twarzy <input type="radio"/> Zaciskanie szczęk <input type="radio"/> Zgrzytanie zębami <input type="radio"/> Bruksizm <input type="radio"/> Ból i zapalenie zatok <input type="radio"/> Zatkane zatoki <input type="radio"/> Katar <input type="radio"/> Lejący katar <input type="radio"/> Uczucie przetykania kataru <input type="radio"/> Częsty ból gardła <input type="radio"/> Chrząkanie <input type="radio"/> Suchość w jamie ustnej <input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> Afty <input type="radio"/> Opryszczka <input type="radio"/> Nawracające infekcje dróg oddechowych <input type="radio"/> Trudności w przetykaniu <input type="radio"/> Częste infekcje uszu <input type="radio"/> Problemy ze słuchem <input type="radio"/> Szum w uszach <input type="radio"/> Problemy z zębami <input type="radio"/> Problemy z dziąsłami <input type="radio"/> Próchnica <input type="radio"/> Parodontoza <input type="radio"/> Nieświeży oddech <input type="radio"/> Halitoza <input type="radio"/> Łysienie <input type="radio"/> Wypadanie włosów <input type="radio"/> Uczucie ucisku w klatce piersiowej <input type="radio"/> Trudności w oddychaniu <input type="radio"/> Astma <input type="radio"/> Kaszel <input type="radio"/> Palpitacje <input type="radio"/> Nieregularny rytm bicia serca <input type="radio"/> Niskie ciśnienie <input type="radio"/> Wysokie ciśnienie <input type="radio"/> Wahania ciśnienia	<input type="radio"/> Niestrawność <input type="radio"/> Gazy <input type="radio"/> Uczucie wzdęcia <input type="radio"/> Gazy i wzdęcia budzące w nocy <input type="radio"/> Przelewanie w brzuchu <input type="radio"/> Odbijanie się <input type="radio"/> Zgaga <input type="radio"/> Nudności <input type="radio"/> Wymioty <input type="radio"/> Biegunka (Proszę podać ile wypróżnień na dobę: _____) <input type="radio"/> Luźne stolce <input type="radio"/> Uczucia niepełnego wypróżnienia po oddaniu stolca <input type="radio"/> Zaparcia (Proszę podać ile dni trwa lub co ile dni następuje wypróżnienie: _____) <input type="radio"/> Występujące na przemian biegunka i zaparcia <input type="radio"/> Zauważalna krew/śluz w stolcu <input type="radio"/> Hemoroidy <input type="radio"/> Skurcze żołądka/jelit <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Częste oddawanie moczu <input type="radio"/> Natychmiastowe parcie na mocz <input type="radio"/> Krew w moczu <input type="radio"/> Ból/pieczenie podczas oddawania moczu <input type="radio"/> Gęsty mocz (w białym kolorze, jak mleko) <input type="radio"/> Nietrzymanie moczu /parcie na mocz w nocy <input type="radio"/> Bóle szyi i ramienia <input type="radio"/> Ból w górnej części pleców <input type="radio"/> Ból w dolnej części pleców <input type="radio"/> Ból żeber <input type="radio"/> Ból stawów <input type="radio"/> Bóle mięśni <input type="radio"/> Ból uda <input type="radio"/> Ból kolana <input type="radio"/> Ból łydki <input type="radio"/> Ból goleni <input type="radio"/> Nawracające infekcje układu moczowo-płciowego <input type="radio"/> Problemy ginekologiczne <input type="radio"/> Ciężkie cesarskie <input type="radio"/> Przebyte ciężkie zatrucia pokarmowe jak salmonelloza <input type="radio"/> Przebyte ciężkie zakażenia covid
--	---	---

Imię i nazwisko

- Zlecając badanie diagnostyczne, wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych w celu wykonania badania diagnostycznego przez Spark-Tech Diagnostyka, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Przyjmuje do wiadomości, że informacje o moich prawach jako pacjenta są dostępne pod adresem: <https://spark-tech-lab.com/spark-tech-diagnostyka-informacje-dla-pacjenta>.