

KWESTIONARIUSZ WSTĘPNY

Szanowni Państwo,

Proces powstania choroby jest zawsze ciągiem przyczynowo-skutkowym, w którym należy znaleźć przyczyny i je wyeliminować. Abyśmy mogli skuteczniej opracować proces terapeutyczny uzupełnij odpowiedź zgodnie z prawdą, tym skuteczniej będziemy mogli pomóc.

- Podpisz czytelnie na końcu kwestionariusz imieniem i nazwiskiem.
- Załącz dokumenty, o których mowa na końcu kwestionariusza.

Do przeprowadzenia konsultacji niezbędne są wypełnione

MINIMUM 4 PIERWSZE STRONY DLA MĘŻCZYZN I 5 DLA KOBIET KWESTIONARIUSZA

Bardzo zachęcamy do wypełniania kwestionariusza w formie ELEKTRONICZNEJ

Jeśli wypełniasz ręcznie to PROSIMY o WYRAŻNE, DRUKOWANE litery.

Będzie to dla nas bardziej czytelne. Dziękujemy ☺

CZĘŚĆ OGÓLNA

DANE OSOBOWE	PESEL:
imię i nazwisko:	
data urodzenia (dd-mm-rrrr):	
miejsce zamieszkania (miejscowość):	
telefon kontaktowy:	
e-mail:	
wzrost w centymetrach:	
waga (masa ciała) w kilogramach:	
grupa krwi (A/B/AB/O) z Rh (+ / -): bardzo ważna informacja do pomiaru SoCheck	

CEL WIZYTY

Opisz główny cel wizyty: np. Hashimoto, alergii na kurz, bezsenność, otyłość, depresja, lęki, cukrzyca itd.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

PRZEBYTE OPERACJE I ZABIEGI CHIRURGICZNE

Jakie i kiedy?

-
-
-
-
-

ZDIAGNOZOWANE JEDNOSTKI CHOROBOWE

AKTUALNE:	KIEDYŚ:
• • • • • • • • • •	• • • • • • • • • •

CZY AKTUALNIE KORZYSTASZ Z USŁUG INNYCH SPECJALISTÓW

(lekarz, dietetyk, psychoterapeuta, psychiatra, medycyna niekonwencjonalna/naturalna, medycyna chińska, fizjoterapia, biorezonans, wlewy witaminowe, trener i inne)

-
-
-
-
-
-
-

AKTUALNE OBJAWY / DOLEGLIWOŚCI

UKŁAD POKARMOWY (w tym wzdęcia, gazy, odbijanie się, zparcia, biegunki, zgaga), **UKŁAD NERWOWY** (np.: zawroty głowy i zaburzenia: równowagi, czynności ruchowych, widzenia, funkcji mowy, snu, pamięci) , **UKŁAD ODDECHOWY**, **UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY**, **UKŁAD MOCZOWY**, **UKŁAD RUCHU I STAWOWY**, **UKŁAD ENDOKRYNNY** (tarczyca, przystarczycy, trzustka, nadnercza, przysadka, jajniki/jądra) **UKŁAD PŁCIOWY**, **UKŁAD IMMUNOLOGICZNY I LIMFATYCZNY** (węzły chłonne, migdałki, śledziona, szpik kostny, grasicca) przeciwciała, cytokiny i inne, **NARZĄDY ZMYŚŁÓW** (wzroku [oczy], słuchu [uszy], smaku [język, jama ustna], powonienia [nos], narządy czucia powierzchniowego i głębokiego) **EMOCJE / PSYCHIKA** np. zaburzenia psychiczne, lęki / fobie / traumy / konflikty biologiczne / podświadomość/ stres / wybuchy złości/ ataki paniki/ depresja, **BÓL** (opisz jak mocny, jakiej części ciała dotyczy i jak często występuje), **INNE** (np. ciągłe zmęczenie, bezsenność, blizny, wypadanie włosów, stan skóry, paznokci)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

UMYSŁ

Uzależnienia i używki – napisz jak często występują i w jakich sytuacjach: <i>(np. obgryzanie paznokci / picie kawy / palenie papierosów / palenie marihuany / alkohol / narkotyki / słodycze / nabiał / mąki / cola / energetyki (napoje pobudzające) / leki przeciwbólowe / spray udrażniający nos / ciągle oglądanie telewizji, gry komputerowe, portale społecznościowe, smartfon/ komputer itd..)</i>	
Opisz swój aktualny stan emocjonalny / Jak się teraz czujesz? Czy jest on stabilny? Czy jest coś co wyprowadza Cię z równowagi? Jak się wtedy zachowujesz? Opisz swój stan mentalny / Jak oceniasz samego siebie? Czy lubisz siebie?	
Stres (szeroko rozumiany): Czy coś Cię stresuje? / Czy się stresujesz? Jaka jest Twoja reakcja na stres? <i>(opisz jak najdokładniej: Co? Dlaczego? Gdzie? Jak? Jak mocno? W jakich sytuacjach itd..)</i>	
Twoja odporność na stres w skali 1 do 10: <i>(1-bardzo mała, 10-bardzo duża)</i>	

CIAŁO

ASPEKTY ZDROWIA / CHOROBY

Twoja droga porodu: narodziny drogą naturalną czy cesarskiego cięcia?	
Jak byłeś / byłeś karmiony jako noworodek: naturalnie mlekiem <u>swojej</u> matki <i>(Czym? Ile?)</i>	
Czy masz lub miałas / miałeś jakiegokolwiek implanty, wszczepy, ciało obce wszczepiane do organizmu? Jeśli tak, to: Co? W jakim celu? Kiedy? Ile czasu są/były? <i>(opisz dokładnie)</i>	
Ocena jakości snu w skali 1 do 10: <i>(1 - bardzo mała, 10 - bardzo duża)</i>	
Jak długo śpisz w ciągu doby i w jakich godzinach najczęściej?	
Czy masz jakieś problemy ze snem? <i>(np. problemy z zaśnięciem, wybudzanie się w nocy, bezsenność, lunatyzm, zaburzenia rytmu snu i czuwania... itd.)</i>	
Jak często wydalasz wydaliny: a) moc i b) kał/stolec?	a) b)
Jak <u>zazwyczaj</u> wygląda Twój stolec/kał: - Kolor: jasno czy ciemno brązowy, czarny, zielony...? - Konsystencja, luźny, twardy, wygląd? - Czy brudzi ścianki toalety (ubikacje)? - Pływa czy się topi? - Jak mocno intensywny zapach wydaje (śmierdzi)?	a) b) c) d) e)

Jak wygląda Pani / Pana poziom energii fizycznej (np. siła do fizycznej pracy) w ciągu dnia?	
Czy byłaś / byłeś szczepiony? Jeśli tak, to kiedy i na co? (np. szczepienia wieku dziecięcego, szczepienia na grypę, COVID / zalecane w podróży do krajów strefy tropikalnej / przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu itd. - Byłeś zdrowy czy chory podczas szczepienia? - Czy zauważyłeś jakiegokolwiek zmiany po szczepieniu?	
Czy masz plomby z amalgamatu / rtęciowe (ciemne) Jeśli tak, to: Ile? Kiedy? Jaki okres czasu?	
Czy masz zęby leczone kanałowo, martwe, zatrute? Jeśli tak, to: Ile? Kiedy?	

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI, SUPLEMENTY I ZIOŁA

wypisz ich nazwy, opisz jak często, w jakich porach i dawkach je przyjmujesz

LEKI NA RECEPTĘ:	LEKI BEZ RECEPTY: (np. tabletki przeciwbólowe, przeciwzapalne, aspiryna, leki na zgagę, spray udrażniający nos, tabletki nasenne itp.)
• • • • • • • • •	• • • • • • • • •
SUPLEMENTY, HOMEOPATIA I ZIOŁA:	PARAFARMACEUTYKI (preparaty o działaniu łagodnie leczniczym, profilaktycznym lub pielęgnacyjnym, dostępne bez recepty np. środki na zaparcia, wspomagające odchudzanie, uspokajające itp.)
• • • • • • • • •	• • • • • • • • •

TYLKO DLA KOBIET

Czy stosujesz / stosowałaś jakiś rodzaj antykoncepcji ? Jeśli tak, to wypisz jaki to rodzaj antykoncepcji, nazwę i czas stosowania. (np. tabletki hormonalne, plastry antykonieczne, wkładki domaciczne itd.)	
Czy masz regularne miesiączki – opisz jak najdokładniej: Jeśli tak, to co ile średnio dni oraz czas ich trwania	

Jeśli są nieregularne, to co ile średnio występują? Jeśli nie masz w ogóle, to kiedy była ostatnia?	
Czy masz jakieś dolegliwości, problemy z menstruacją ? (opisz jak najdokładniej: Kiedy? Co? Od kiedy? Jak? Jak mocno?) (np. obfite krwawienia, gęsta krew ze skrzepami, skąpe miesiączki, upławy, plamienia, endometrioza, polipy, nadżerki, torbiele, mięśniaki macicy, infekcja bakteryjna/ grzybicza, PCOS... itd.)	
Czy jesteś w ciąży ? Jeśli tak, to napisz w którym tygodniu ciąży jesteś i datę planowanego rozwiązania.	
Czy jesteś w polegu ? Jeśli tak, to Ile od porodu minęło?	
Czy obecnie karmisz piersią ? Jeśli tak, to Ile planujesz jeszcze karmić?	
Czy planujesz w najbliższym czasie zajść w ciążę ?	
Inne: (Czy jest coś jeszcze z aspektów układu rozrodczego co powinniśmy wiedzieć?)	

AKTYWNOŚĆ	
Status zawodowy: (np. uczeń, student, nie pracuję (jestem w domu cały dzień), pracuję zawodowo jako kelner, prowadzę własną działalność jako kierowca auta, emeryt, rencista... itd.)	
Charakter/ rodzaj twojej pracy / wykonywany zawód: (Jaka? Co robisz? Czas trwania? Gdzie?) (np. siedząca przy komputerze, praca zmianowa (6-14 i 14-23 godz.), stojąca, stresująca (dyspozytorzy pogotowia), fizycznie obciążająca (górniki), w samochodzie... itd.)	
Twoja codzienna aktywność: (np. : a) siedząco / leżąca (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam), b) umiarkowanie aktywny (spaceruję regularnie), c) mało aktywny (spaceruję raz na jakiś czas), d) aktywny (spaceruję i uprawiam sport min. 3 x w tyg.) – Co? Gdzie Kiedy? Ile czasu?, e) bardzo aktywny (uprawiam sport min. 5 x w tyg.) – Co? Gdzie Kiedy? Ile czasu?, f) jestem sportowcem, trenuję → wypełnij dodatkową tabelę na końcu kwestionariusza oznaczoną *TYLKO DLA SPORTOWCÓW)	

NAWODNIENIE	
Ile litrów płynów (ogółem) dziennie wypijasz? - Czego?	
Ile pijesz wody w ciągu dnia? - Jakiej jest ona jakości (<i>przefiltrowana, ustrukturyzowana... itd.</i>)? - Ile z tego jest wody źródlanej?	
Ile dziennie pijesz napojów pobudzających (<i>np. kawa, guarana, kakao, yerba mate, zielona herbata, cola, energetyki typu Tiger/ Red Bull ... itp.</i>)? - W jakich porach? - Jak często?	
Inne: (Czy jest coś jeszcze związanego z tematem nawodnienia co powinniśmy wiedzieć?)	

ODŻYWIENIE	
Czy jada Pani / Pan mięso , jeśli tak to jakie? (<i>np. wołowina, dziczyzna, wieprzowina, drób, ryby.</i>)	
Na co masz: a. Alergie pokarmowe? b. Nietolerancje pokarmowe? c. Nadwrażliwości pokarmowe? d. Alergie wziewne ? e. Alergie kontaktowe ? f. Alergie krzyżowe ? (<i>jeśli posiadasz badania związane z alergiami – załącz do dokumentacji medycznej</i>)	a) b) c) d) e) f)
Twoja historia stosowanych dotychczas diet (<i>opisz: Kiedy? Jaka? Jak długo stosowana?</i>)	
Skąd pozyskujesz produkty spożywcze ? (<i>np. bezpośrednio od rolnika / gospodarza, z markeru, mam własne z ogrodu... itd.</i>)	
Inne: (Czy jest coś jeszcze z części odżywiania co powinniśmy wiedzieć?)	

SPRAWDZENIE POZIOMU ZAKWASZENIA ŻOŁĄDKA[domowy test **DO WYKONANIA PRZED WIZYTĄ**]

Rano na czczo (ok. 20-30 min. po przebudzeniu), na spokojnie przygotujmy taką miksturę:

Do szklanki wody dodajmy łyżeczkę świeżej sody oczyszczonej (dla dzieci dodajemy pół łyżeczki sody na pół szklanki wody). Mieszymy aż się dobrze rozpuści i wypijamy wszystko jednym duszkiem na czczo. **Po wypiciu włączamy stoper i czekamy, kiedy nam się odbije/beknie po męsku ☺**, zapisujemy czas. Delikatne odbicie nie jest wyznacznikiem tego testu.

Pamiętaj: soda musi być świeża! i wypita jednym duszkiem.

Kwas solny w reakcji z sodą wytworzy dwutlenek węgla i powinno nam się odbić. Jeśli zakwaszenie jest bardzo słabe nie odbije nam się wcale.

Jeśli chcemy tuż po teście zjeść śniadanie zalecamy wypić ok pół szklanki wody z dodatkiem 1-2 łyżek octu jabłkowego lub sok z cytryny, aby żołądek wrócił do swojego pierwotnego stanu. Inaczej trawienie białek nie będzie możliwe.

**wpisz czas
„odbicia”
(w sekundach):**

.....

PRODUKTY ŻYWNOŚCIOWE KTÓRE LUBIĘ / NIE LUBIĘ

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, za którymi nie przepadam, ale zjem, jeśli będzie to dla mnie wskazane:	Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno:	Produkty, po których odczuwam dolegliwości:

ŚRODOWISKO ŻYCIA

Zaznacz to co Cię dotyczy ☺:

	Siedzę przed komputerem, telewizorem lub smartfonem / telefonem po godz. 17:00
	Internet bezprzewodowy / router / Wi-Fi pozostaje włączone na noc
	Wstaję, kiedy budzik zadzwoni (<i>bez budzika nie wstanę</i>)
	Kąpię się 2 lub więcej razy dziennie
	Nie posiadam filtra do wody z kranu
	Używam antyperspirantów marketowych bądź innych blokerów potu
	Używam konwencjonalnych (nie ekologicznych, nie naturalnych) kosmetyków i innych akcesoriów do higieny ciała
	Używam konwencjonalnych środków czystości / „chemię” gospodarczą
	Kiedy świeci słońce noszę okulary słoneczne
	Pracuję więcej niż 8 godzin
	Unikam aktywności fizycznej
	Zarywam noc
	Są takie dni, kiedy w ogóle nie wychodzę na zewnątrz

	Razi mnie światło
	Trudno mi się rano wstaje
	Jak rano wstaje to czuję się nie wyspany lub zmęczony
	Często boli mnie głowa
	Przebywam w stresującym mnie otoczeniu
	Jestem narażony na toksyny/zanieczyszczenia w moim otoczeniu. Zaznacz te, które Cię dotyczą : spaliny, dym tytoniowy, zanieczyszczenia przemysłowe, kontakt z silnymi środkami chemicznymi / oparami, pyłem, toksycznymi odpadami, bliskość wieży telefonii komórkowej, sieci wysokiego napięcia)
	Inne (opisz):

/data, czytelny podpis/

Administratorem danych osobowych (ADO) jest Klinika Medycyny Zakonnej KawkaJe w Rydułtowach. Jednocześnie informujemy, że ADO nie udostępnia danych osobowych, chyba że będzie to wynikało z mocy prawa.

UWAGA! DO WYPEŁNIONEGO KWESTIONARIUSZA DOŁĄCZ:

- pełną **dokumentację medyczną** (dotychczasowe badania) z ostatnich 3 miesięcy, ewentualnie do roku wstecz – **jeśli jej nie posiadasz – nie ma konieczności robienia badań tuż przed wizytą**. Podczas konsultacji - jeśli zajdzie taka potrzeba - nasz specjalista podpowie jakie dodatkowe badania byłoby wskazane zrobić w danym przypadku. **Skany wysyłanej do nas dokumentacji medycznej muszą być w formacie pliku PDF, ewentualnie JPEG czy PNG.**
- w przypadku wykonywania **pomiaru STRD** konieczne jest także wypełnienie **testu metabolicznego i testu Bravera** (pliki do pobrania na naszej stronie www.kawkaje.pl w zakładce „do pobrania”).

Wszystko wyślij na adres e-mail: rejestracja@kawkaje.com

Prosimy w odpowiedni sposób **zatyłować e-maila z załącznikami**, żeby można było go łatwo odnaleźć, najlepiej **imieniem i nazwiskiem**.

UWAGA. Dokumenty muszą do nas dotrzeć **najpóźniej do 5 dni od umówienia wizyty**. W przeciwnym wypadku zastrzegamy, że **umówiona wizyta może zostać anulowana**. Po wysłaniu dokumentów można potwierdzić z rejestratorką ich wpływ na naszą skrzynkę pocztową pod nr tel. Rejestracji: **575-808-500**.

*Chroniąc Państwa prywatność, zalecamy wysyłanie wszystkich dokumentów, kwestionariuszy, dzienników w formie zaszyfrowanych plików np. metodą [zabezpieczania](#) (można kliknąć na niebieskie) dokumentów hasłem. Jednak **nie jest to przez nas wymagane**.*

Dziękujemy ☺.
Zespół KawkaJe