**Előzetes egészségi állapot felmérő adatlap**

**életmód tanácsadáshoz**

**Kitöltés dátuma:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kitöltési útmutató** | Kérjük, hogy az egészségi állapotának minél pontosabb felméréséhez töltse ki az alábbi adatlapot **géppel**, majd a honlapon leírtaknak megfelelően **küldje el válasz emailben legkésőbb a tanácsadás előtti napon**. A kitöltéshez nincs szükség leletre/más dokumentumra, azt a célt szolgálja, hogy az Ön egészségi állapotának és életmódi sajátosságainak megfelelő, személyre szabott egészségtervet készíthessünk. Ennek megfelelően kérjük, hogy dokumentumot precízen töltse ki, ugyanis annak kitöltése a tanácsadás előfeltétele. |
| **1. Páciens adatok** |
| **Név:** |  | **Születési dátum:** |  |
| **Testmagasság:** |  **cm** | **Nem:** | FÉRFI | NŐ |
| **Testtömeg:** |  **kg** | **Státusz:** | HALLGATÓ | DOLGOZÓ | HOZZÁTARTOZÓ |

|  |
| --- |
| **2. Meglévő diagnosztizált betegségekre vonatkozó adatok** |
| 2.1 Krónikus betegsége vagy gondozást igénylő állapota: | VAN | NINCS |
| 2.2 Amennyiben az előző pontban a „VAN” választ jelölte, kérjük jelölje be az alábbiak közül, mely betegségcsoportra vonatkozó krónikus betegsége vagy gondozást igénylő állapota van. „NINCS” válasz esetén lépjen tovább a következő pontra. |
| Magasvérnyomás-betegség | [ ]  | Gondozást igénylő agyi keringési betegség (TIA, stroke, stb.) | [ ]  |
| Ischaemiás szívbetegség, lezajlott infarktus | [ ]  | Gondozást igénylő egyéb neurológiai betegség (epilepszia, szklerózis multiplex, stb.) | [ ]  |
| Diabétesz[ ]  1-es típusú[ ]  2-es típusú | [ ]  | Krónikus vesebetegség | [ ]  |
| Lipid-anyagcserezavar | [ ]  | Gondozást igénylő pszichiátriai betegség | [ ]  |
| Krónikus légzőszervi betegség (COPD, asthma, stb.) | [ ]  | Gondozást igénylő gasztrointesztinális betegsége (Crohn betegség, colitis ulcerosa, májbetegek, stb), MÉGPEDIG: | [ ]  |
| Gondozást igénylő endokrinológiai betegség, **MÉGPEDIG:** | [ ]  | Gondozást igénylő fertőző betegség (TBC, HIV, HBV, HCV, stb.) | [ ]  |
| Gondozást igénylő hematológiai betegség | [ ]  | Daganatos betegség | [ ]  |
| Érzékszervi betegség (látás, hallás) | [ ]  | Krónikus mozgásszervi betegség | [ ]  |
| Utógondozást igénylő baleseti sérülés | [ ]  | Egyéb, a felsoroltak között nem szereplő betegség, **MÉGPEDIG:** | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Családban előforduló érdemi krónikus betegségek** | VAN | NINCS |
| 3.1 Amennyiben az előző pontban a „VAN” választ jelölte, kérjük töltse ki az alábbi sorokat. „NINCS” válasz esetén lépjen tovább a következő pontra. |
| Anya betegségei | [ ]  | Melyek ezek:  |
| Apa betegségei | [ ]  | Melyek ezek:  |
| Testvér(ek) betegségei | [ ]  | Melyek ezek:  |

|  |
| --- |
| **4. További előzmények**Tegyen X – et azon állítások mögé, melyek az Ön esetében fennállnak. |
| Állandó gyógyszerszedés | [ ]  | Amennyiben van, ezek köre, illetve a szedés gyakorisága: |
| Gyógyszer allergia | [ ]  | Amennyiben van, mely gyógyszerekre, hatóanyagokra: |
| Egyéb allergia (ételallergiai is) | [ ]  | Amennyiben van, melyek ezek: |
| Friss laboreredmény | [ ]  | Utolsó vérvétel és vizeletvizsgálat időpontja és annak kiugró értékei: |
| Sérülések, műtétek | [ ]  | Sérülések: Műtétek: |

|  |
| --- |
| **5. Táplálkozással kapcsolatos kérdések röviden** Jelölje be, mely állítás megfelelő Önre az alábbiak közül? |
| Milyen gyakran fogyaszt zöldséget vagy gyümölcsöt?  | Minden nap | Nem minden nap | Nem tudom |
| Hányszor étkezik naponta? | [ ]  1 alkalommal[ ]  2 alkalommal[ ]  3 alkalommal[ ]  4 alkalommal[ ]  5 alkalommal[ ]  több, mint 5 alkalommal[ ]  nem tudom |
| Naponta mennyi folyadékot fogyaszt? (például: víz, ásványvíz, tea, leves – az alkoholt vagy energiaitalt ne számítsa bele!) | [ ]  kevesebb, mint 0,5 l[ ]  0,5 l - 1 l[ ]  1 l - 1,5 l[ ]  1,5 l - 2 l[ ]  2 l - 2,5 l [ ]  2,5 l és 3 l között[ ]  több, mint 3 l[ ]  nem tudom |
| Szokott sütni, főzni? | IGEN | NEM | Ha igen, milyen gyakran? |  |
| Tart jelenleg diétát? | IGEN | NEM | Amennyiben diétát tart, annak jellege: |

|  |
| --- |
| **6. Fizikai aktivitással kapcsolatos kérdések röviden** |
| **Milyen típusú munkát végez?** (ülő, irodai, fizikai munka stb) |  |
| **Mennyi időt tölt Ön ülve egy átlagos napon?** (Ez magába foglalja azt az időt, amikor munkában/iskolában, otthon, közlekedési eszközön vagy egyéb szituációban ülve tölt.) |  |
| **Milyen sportágakat űzött?** (hobbi szinten és/vagy versenyszerűen egyaránt) | Sportág(ak) | Időtartam | Milyen szinten |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **6.1 Végez Ön jelenleg bármilyen típusú testmozgást/fizikai aktivitást?**  | IGEN | NEM | *Amennyiben a válasz IGEN, kérjük válaszolja meg az alábbi kérdéseket!* |
| Hány alkalommal végez testmozgást / fizikai aktivitást egy héten? |  |
| Egy nap átlagosan mennyi időt tölt testmozgással / fizikai aktivitással? |  |
| Milyen típusú sportmozgást / edzést végez? (pl.: futás, úszás, aerobik, spinning, erősítő edzés) |  |

|  |
| --- |
| **7. Dohányzás** |
| Dohányzik jelenleg?  | IGEN | NEM | Amennyiben a válasz IGEN, mióta dohányzik és átlagosan naponta hány szálat szív? |

|  |
| --- |
| **8. Alkoholfogyasztás** |
| Szokott fogyasztani alkohol tartalmú italt? | IGEN | NEM | Amennyiben a válasz IGEN, melyik gyakoriság a legjellemzőbb Önre?[ ]  Négyszer vagy többször egy héten[ ]  Kétszer vagy háromszor egy héten[ ]  Egyszer egy héten[ ]  Kétszer vagy háromszor egy hónapban[ ]  Havonta vagy kevesebbszer |

|  |
| --- |
| **9. Alvás** |
| Hány órát alszik átlagosan egy nap? |  | Felkelés időpontja általában: |  |
| Lefekvés időpontja általában: |  |

|  |
| --- |
| **10. Egyéb** |
| Miért jelentkezett a tanácsadásra? |  |
| Egyéb megjegyzés a jelenlegi életmódjára vonatkozóan, amely hozzájárulhat a tanácsadás eredményességéhez (pl: éjszakai műszakban dolgozik, rendszeresen utazik stb.): |  |