|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | Wiek | Waga | Grupa Krwi | Data wizyty | Stan rodzinny |
|  |  |  |  |  |  |

KONTAKT do opiekuna prawnego

|  |  |
| --- | --- |
| NR TEL. | MAIL: |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wygląd języka | Puls | Diagnoza |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. 1.** | **HISTORIA DZIECIŃSTWA:**  **Jak Matka przechodziła ciążę:** |  |
|  | - jakie było samopoczucie |  |
|  | - czy brała leki, jakie |  |
|  | - czy były jakieś ciężkie przeżycie emocjonalne – |  |
| 2. | Jak wyglądał poród |  |
| 3. | Dzieciństwo - 0 - 2 lata  - jakie były pierwsze objawy chorobowe |  |
|  | - czy dziecko gorączkowało w chorobach i do jakich temperatur |  |
| 4. | Jak dziecko było karmione w tym okresie:  - do kiedy pierś |  |
|  | - kiedy po raz pierwszy spożywany był gluten pszenny |  |
|  | - kiedy po raz pierwszy mleko krowie i jego przetwory |  |
|  | - inne zachowania w odżywianiu |  |
|  | - jakie jest pragnienie, czy jest chęć na zimne, czy na gorące, jaką ilość płynów wypija |  |
| 5. | Leczenie  - czy i jak często stosowane były antybiotyki |  |
|  | - czy i jak często stosowane były kortykosteroidy |  |
|  | - czy dziecko było hospitalizowane |  |
| 6. | Zachowanie i emocje  - Czy dziecko było pełne energii i radosne czy też miało niski poziom energii i było przygnębiony |  |
|  | - czy dziecko było otwarte, rozmowne czy raczej zamknięte i wycofane |  |
| 7. | Dorastanie:  - jak wyglądała energie życiowa - chęć do pracy fizycznej, ruchu oraz chęć do pracy umysłowej – |  |
|  | - czy były stosowane już jakieś diety |  |
|  | - u dziewcząt, od kiedy miesiączkuje, jaka jest duża utrata krwi, jaka częstotliwość (co ile dni) miesiączki |  |
| CZY BYŁY JAKIEŚ TRAUMATYCZNE PRZEŻYCIA | | |
|  | - czy życie w rodzinie w tych okresach było "zgodne" i "prawidłowe"(\* nie trzeba odpowiadać na to pytanie - nie mniej chodzi jednak o to, że emocje dziecka również dorosłego człowieka mają ogromne znaczenie dla uznania źródeł problemów zdrowotnych) |  |
| II. | GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI: |  |
|  | **Głowa - czy dziecko skarży się na bóle, zawroty** |  |
|  | **Kręgosłup - bóle zwyrodnienia** |  |
|  | **Temperatura ciała, w okresach zdrowia i choroby** |  |
|  | **Poty - czy stale, czy w nocy, zapach** |  |
|  | Wydalanie **moczu i obrzęki**  - kolor moczu, częstotliwość |  |
|  | **Trawienie**- czy występują jakieś objawy takie jak: czasami kwaśny lub metaliczny smak w ustach, uczucie mdłości po śniadaniu |  |
|  | **Wypróżnianie**- jaki stolec, kiedy wypróżnianie, wygląd, kolor |  |
|  | **Oddychanie, zadyszki, zaburzenia** |  |
|  | **Nos - katary, p[olipy, węch** |  |
|  | **Gardło - bóle, chrypki, drapania, migdały** |  |
|  | **Oczy - swędzenia, pieczenia, tendencja do przekrwienia** |  |
|  | **Uszy - słuch, bóle, piski, ilośc wydzieliny** |  |
|  | **Sen**- o której chodzi spać  czy sen przywraca siły  czy budzi się w ciągu nocy |  |
|  | **Funkcjonowanie w ciągu dnia** - czy są jakieś godziny w ciągu dnia, o których zawsze występują zmęczenie lub senność |  |
| III. | ODŻYWIANIE:  Jakie są zwyczajowe codzienne posiłki - co je na śniadanie |  |
|  | Obiad |  |
|  | kolacja – |  |
|  | Czy dojada między posiłkami |  |
|  | Jak wielkie jest pragnienie słodyczy – |  |
|  | Jak wiele zjada jogurtów |  |
|  | oraz czy korzysta z mrożonych pokarmów – |  |
|  | Czekolady |  |
|  | cukru – |  |
|  | nadmiernej ilości soli |  |
|  | Czy spożywa regularnie jakieś gotowane posiłki |  |

INNE WAŻNE:

TAK lub NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla celu świadczenia usług przez Administratora danych osobowych. Bez wyrażenia tej zgody nie będzie możliwe skorzystanie z porady.

TAK lub NIE Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora danych osobowych na mój adres email oraz nr telefonu komórkowego informacji o terminach wizyt/konsultacji.

Administrator danych osobowych, tj. ORKISZOWE POLA Dorota Łapa ul. Boya-Żeleńskiego 18, 60-461 Poznań, NIP: 781-153-87-83, REGON 301667731, informuje, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu, w jakim wyżej wymienione zgody zostały udzielone, przez okres wynikający z przepisów prawa medycznego. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek konieczne w celu realizacji usługi, dla której zgoda została udzielona.

Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim bez uzyskania Pani/Pana odrębnej zgody.

Ma Pani/Pan prawo w każdym czasie do przenoszenia danych, dostępu do treść danych osobowych oraz możliwość ich poprawiania, wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych a także ma Pani/Pana także do cofnięcia udzielonej zgody oraz prawo do wniesienia skargi dot. przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Poznań, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis opiekuna prawnego dziecka, którego dotyczy ankieta

ZALECENIA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dieta i przepisy | Zioła, mieszanki | Inne |
|  |  |  |