1. ОПРОСНИК

|  |
| --- |
| **Ваши ФИО:**  **Возраст:**  **Пол:**  **Контакты для связи:**  телефон:  e-mail:  Дата заполнения: |

**Ответьте, пожалуйста, максимально подробно на вопросы ниже.**

**Ваши ответы позволят мне понять, смогу ли я вам помочь. И если да, на что мне обратить особое внимание именно в вашей ситуации.**

**Я обещаю, что все ваши ответы останутся конфиденциальными.**

Напишите ответы прямо в файле и отправьте обратно. Либо распечатайте ОПРОСНИК, заполните его от руки и пришлите фото.

Если не хватает места для записи ответов, используйте дополнительные листы в конце документа.

|  |
| --- |
| **1.** **Напишите максимально подобно, каких целей вы хотите добиться**. Например, если похудеть, то на сколько кг? Если избавиться от неприятных симптомов, то каких?  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **2. Напишите, какие попытки вы уже предпринимали для достижения своих целей (садились на диеты, пытались изменить привычки, образ жизни и т. п.)?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **2.2. Какой был результат?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **2.3. Что, по-вашему, помешало достичь конечной цели?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **2.4. Напишите, готовы ли вы снова начать менять свой образ жизни и (если понадобится) отказаться от привычных вещей, которые могут мешать достижению вашей цели?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **3. Когда вы последний раз проходили медицинское обследование: анализы крови и мочи, ЭКГ, ФЛГ, УЗИ и т. д.?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **3.1. Были выявлены какие-либо нарушения? Если да, то какие?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **4.** **Расскажите о вашем здоровье**. **Как часто и чем вы болели в детстве?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **4.1.** **Были у вас на протяжении жизни серьезные травмы (переломы, вывихи, сотрясение мозга, ушибы внутренних органов**  **и т. п.)? Как давно и как прошло восстановление?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **4.2.** **У вас были хирургические операции? Как давно? Какие последствия или осложнения после них остались?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **5. Какие хронические заболевания у вас есть?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **5.1. Вы наблюдаетесь по ним у врача, получаете какое-либо лечение?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **5.2. В какой стадии эти заболевания сейчас?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **5.3. Как часто бывают обострения и что, по-вашему, их провоцирует?**  Ваш ответ: |

|  |
| --- |
| **6. Отметьте, если у вас есть что-то из этих состояний:**   * Беременность / кормление грудью * Онкологическое заболевание * Сахарный диабет 1 типа * Почечная колика * Врожденные нарушения обмена жирных кислот, аминокислот * Порфирия * Восстановление после инфаркта или инсульта |

|  |
| --- |
| **7. Напишите минимальное и максимальное время, через которое вы рассчитываете увидеть результаты от работы со мной?**  Ваш ответ: |

**Спасибо!**

**Отправьте мне эту форму, и я свяжусь с вами после того, как ознакомлюсь с ответами.**

До связи!

Если не хватило места для записи ответов, используйте дополнительные листы ниже.