



## ELHÍZÁS KONZULTÁCIÓS KÉRDŐÍV

Kedves páciensem, kérem, válaszoljon részletesen minden kérdésre, mielőtt a tanácsadást elkezdenénk.

Eljövételének motivációja:

- barátok, ismerősök ajánlása
- önálló kezdeményezés
- háziorvos ajánlása
- egyéb: .....

Személyes adatok:

Név: .....  
Születési idő: .....  
Kor: .....  
Magasság: .....  
Súly: .....  
Telefonszám: .....  
Aláírás: .....

Mi az Ön végzettsége?

- nincs képesítésem
- általános iskola
- középiskola
- főiskola
- egyetem

Tanult szakma: .....

Egyéb tevékenységek: .....

Szenved valaki a családjából masszív túlsúlytól (szülők, testvérek, nagyszülők, nagynéni, nagybácsi)?

.....

## Az elhízással kapcsolatos betegségek:

### Szív és érrendszeri betegség:

- szélütés
- szív-artéria elzáródás (Angina pectoris, Myocard-infarktus, Sztent)
- perifériás artériás elzáródásos betegség (PAD), arterioszklerózis
- magas vérnyomás (artériás Hypertonia)

Jelentkeznek Önnél az alábbi panaszok?

Magas vérzsír  
Cukorbetegség

- igen    nem    nem tudom  
 igen    nem    nem tudom  
 inzulin-függő vagyok

### Légzés:

Jelentkeznek Önnél az alábbi panaszok?

Légzési nehézség nyugalmi állapotban  
Légzési nehézség mozgás közben  
Alvási apnoe (légzészavar)

- igen    nem    nem tudom  
 igen    nem    nem tudom  
 igen    nem    nem tudom

### Mozgásszervek:

- ízületi panaszok
- artrózis (ízületi kopás)

Jelentkeznek Önnél az alábbi panaszok?

Hátfájdalmak  
Csípőfájdalmak  
Térdízületi fájdalmak  
Fájdalom a lábben

- igen    nem  
 igen    nem  
 igen    nem  
 igen    nem

Egyéb másodlagos diagnózisok: .....

### Gyógyszerek:

Szed vitaminokat vagy ásványi anyag tartalmú tablettákat?    igen    nem    alkalmanként  
Szed gyógyszereket?    igen    nem    alkalmanként  
Mely gyógyszereket szedi és milyen adagban?.....

### Operációk:

Operálták már valaha?    igen    nem  
Mikor és milyen operáción esett át? .....

### Az elhízás fejlődése:

Melyik életkorban ingadozott a legjobban súlya? .....

Valaha elért legnagyobb súlya? .....

Hány éves kora óta túlsúlyos? .....

Mennyi az elérni kívánt súly? .....

### Táplálkozási szokások:

Van-e az evésnek rendszeres ideje?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Rendszeresen főz otthon?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Jelentkezik Önnél teltségérzet?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Eszik a főétkezések között?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Szokott előfordulni éhségroham?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Mi az, amit szívesen eszik? .....			
Fogyaszt gyorsételeket?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Fogyaszt édességet az étkezések között?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Esténként felkel, hogy egyen?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Iszik limonádéféléseket?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Ha igen, melyikeket? .....			

Dohányzik?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Fogyaszt alkoholt?	<input type="checkbox"/> naponta	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
	<input type="checkbox"/> hetente egyszer	<input type="checkbox"/> havonta egyszer	

Szed hashajtót?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Gyakran jelentkezik hányás, hányinger?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> alkalomadtán
Hány órát nézi a tv-t naponta? .....			
Hány órát tölt el sporttal egy héten? .....			

Kérem, nevezze meg az összes diétát, amit mostanáig kipróbált, a diéta fajtáját, tartamát és a súlyvesztését. (Önállóan/háziorvos/egészségbiztosítás/kúrák/helyhez kötött kezelések).

.....

.....

.....

.....

.....

Túlsúlya miatt vannak lelki vagy szociális problémái? .....

.....

.....

Volt már valaha pszichoterápiás kezelésen?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Áll jelenleg pszichoterápiás kezelés alatt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

A terapeuta neve és telefonszáma: .....

.....

# premium Diet

Alulírott, kötelezettséget vállalok arra, hogy mindent megteszek annak érdekében, hogy a kitűzött testtömeget, ami ..... kg, elérjem, és megfelelően változtatok élelmódomon, hogy egészségesebb, fittebb legyek. Elfogadom a 3 étkezés elvét, kéthetente eljárrok a BIA mérésre és tanácsadásra, és megfogadom Premium Orvosom tanácsait.

.....  
Dátum

.....  
Aláírás