Spoštovani!

Vprašalnik je namenjen pridobivanju splošnih informacij o vašem trenutnem zdravstvenem stanju in počutju. Z vnaprej izpolnjenim vprašalnikom lahko maksimalno izkoristim čas, ki ga imam z vsakim posameznikom, za konkretne in uporabne nasvete. Zagotavljam vam, da bom vse podatke o vas, ki mi jih boste posredovali, brezpogojno varovala ter ravnala z njimi v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov. Vaših podatkov ne bom pod nobenim pogojem uporabila brez vašega privoljenja, jih kakorkoli posredovala ali dala v uporabo tretjim osebam ali institucijam, razen v primerih, ki jih določa zakon.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za vaše odgovore in vas lepo pozdravljam!

**Vprašalnik**

1. Ime in priimek:
2. Spol:  M  **Ž**
3. Letnica rojstva:
4. Višina:       teža:       obseg pasu:
5. Kako se prehranjujete?  **vsejed**   **vegetarijanec**   **vegan**
6. Kakšno hrano uživate?  **ekološko**  **lokalno**  **konvencionalno pridelano**

**drugo:**

1. Kolikokrat na dan ali na teden uživate industrijsko pridelano hrano?
2. Kako je s sladkarijami? Kaj konkretno največ uživate, vključno s sladkorjem in sladili?

1. Ali večerjo pojeste 2-3 ure pred spanjem?  **DA**  **NE** Ob kateri uri imate zadnji

obrok?

1. Koliko vode spijete na dan?
2. Kako so po navadi sestavljeni vaši dnevni jedilniki?

Zajtrk:

Kosilo:

Večerja:

Malica:

1. Kolikokrat na teden ste fizično aktivni in s katerimi športnimi aktivnostmi se ukvarjate?

1. Ob kateri uri po navadi greste na spanje?       Koliko časa spite?       Ali se zbujate

po noči?  **DA**  **NE**

1. Ali se potite?  **DA**  **NE** V katerem predelu telesa se potite in ob kateri uri?
2. Ali se zbujate utrujeni?  **DA**  **NE**
3. Opišite način izločanja blata (kolikokrat na dan, konzistenca (klobasa, mehko, trdo,

mazavo), barva, ali potone ali plava, vonj, koliko wc papirja potrebujete po veliki

potrebi)

1. Kako zmanjšujete stres v vsakodnevnem življenju?
2. Ali imate težave z visokim pritiskom?  **DA**  **NE**
3. Ali bolehate za kakšno boleznijo? Če da, za katero?
4. Napišite vse simptome zaradi katerih se slabo počutite.
5. Katera zdravila trenutno jemljete - občasno ali redno?
6. Ste noseči? Če ste, kdaj imate rok poroda?
7. Ali imate amalgamske zalivke? Če jih nimate več, kdaj ste jih zamenjali in koliko

naenkrat?

1. Ali ste kadilec? Koliko cigaret pokadite na dan?
2. Ali uživate alkoholne pijače? Če da, kolikokrat na teden in kaj?
3. Ali ste zadovoljni s službo?  **DA**  **NE** Če niste, potem napišite, zakaj niste.
4. Ali gledate televizijo in koliko časa?
5. Koliko časa preživite zunaj/v naravi?
6. Ali ste v harmoničnem partnerskem odnosu?  **DA**  **NE** Če niste, kako se zaradi

tega počutite?

1. Ali imate kakšne travme iz preteklosti?  **DA**  **NE** Če jih imate, prosim razložite

kakšne so in kako vplivajo na vaše življenje?

1. Ali opažate določene negativne emocije in izbruhe pri sebi?  **DA**  **NE** Katere?

1. V čem največ uživate in kaj vas dejansko veseli?
2. Zakaj se želite prijaviti na svetovanje?
3. Koliko ste pripravljeni na spremembe, ki bodo izboljšale vaše zdravstveno stanje?