

## Formularz Pacjenta

Imię i Nazwisko:	
Nr telefonu:	
Data urodzenia:	
Waga i wzrost:	
Poziom dziennej energii (od 1 zmęczenie do 10 pełen energii)	
Objawy, rodzaj dolegliwości, jak długo występują (ich intensywność w skali 1-10):	
Odczuwasz pogorszenie samopoczucia przy wilgotnej pogodzie?	
Czy w dzieciństwie często przechodziłeś/eś infekcje górnych dróg oddechowych?	
Miewasz problemy skórne?	
Czy masz jakieś pieprzyki/znamię?	
Miewasz skłonności do depresji?	
Rodzaj wykonywanej pracy	
Poziom stresu (1-10)	
Rodzaj dziennego wysiłku fizycznego	
Wcześniejsze diagnozy lekarskie	
Przyjmowane leki obecnie i wcześniej, zaznaczyć które obecnie się przyjmuje	
Typ diety (jakie pokarmy najczęściej są spożywane)	
Odczuwasz bardziej ciepło czy zimno?	
Częściej występuje kaszel suchy czy mokry? Suchość w gardle?	

W tabeli poniżej zaznacz x objaw, który występuje lub dodaj uwagę

Nerki		
<b>Oddawanie moczu</b>		
Jasny Ciemny		
Obfity		
Skąpy		
Kropelkowy		
Problem z nietrzymaniem moczu?		
Niskie potrzeby seksualne?		
Nocne pocenie się?		

Czy odczuwasz częsty brak energii?		
Ból odcinka lędźwiowego (dolnych pleców)?		
Odma kończących dolnych?		
Szumy w uszach?		
Oslabiony słuch?		
Problemy z koncentracją?		
Suchość w ustach i gardle w nocy?		
Problem z bezpłodnością?		
Nocna utrata nasienia lub przedwczesny wytrysk?		
Lęk egzystencjalny?		
Bóle kości?		
Jasne, gęste upławy?		
<b>Żołądek</b>		
Uczucie zgagi?		
Pieczenie w brzuchu?		
Częste czkawki?		
Odbijanie się/ bekanie?		
Częste wymioty lub odruch wymiotny?		
Często odczuwasz rozdrażnienie?		
Odczuwasz poranne zmęczenie		
Słaby apetyt?		
Zmniejszone odczuwanie smaku lub jego utrata?		
Przelewanie w brzuchu?		
Wzdęcia?		
<b>Jelita</b>		
Wypróżnianie się		
Zaparcia		
Luźny stolec?		
Biegunki		
Uczucie ciągnięcia w brzuchu?		
Wzdęcia?		

Tępy ból podbrzusza/ z kolką?		
Poprawa po ciepłych pokarmach/napojach?		
Głośnie perystaltyka jelit?		
<b>Wątroba</b>		
Ucisk lub klucie pod żebrami z prawym boku?		
Pieczenie oczu?		
Czy odczuwasz często gniew?		
Uczucie suchości oczu?		
Niewyraźne widzenie?		
Słaby apetyt?		
Jak sypiasz?		
Drętwienie lub mrowienie kończyn?		
Oslabione nocne widzenie?		
Oslabione mięśnie?		
Skurcze?		
Częste niezdecydowanie?		
Suche włosy i skóra?		
Poczucie bezcelowości?		
Odczuwasz gorzki smak w ustach?		
Często ziewasz?		
Miewasz opryszczkę na genitaliach?		
Miewasz bóle głowy?		
Zawroty głowy?		
<b>Sledziona</b>		
Obfite miesiączki?		
Skąpe miesiączki?		
Skrzepy?		
Krwawienie z nosa?		
Zamartwianie się?		
Znużenie?		
Krwawiące dziąsła?		
Inne krwawienia?		

Szybko pojawiające się siniaki?		
Przewlekła biegunka?		
Lubisz słodczyce? Nie potrafisz ich odmówić?		
Nudności?		
Znużenie, ociężałość?		
Opadanie organów?		
<b>Płuca</b>		
Krótki oddech?		
Duszności?		
Czy często odczuwasz smutek?		
Spontaniczne poty?		
Częsty kaszel?		
Tendencja do częstych przeziębień?		
Nietolerancja zimna?		
Astma?		
Często brak chęci do rozmów?		
Oslabiony węch?		
Pogorszone samopoczucie po wysiłku?		
Skłonność do przeziębień, które trwają dłuższy czas?		
Odczuwasz brak wiary we własne siły?		
<b>Serce</b>		
Problemy ze snem?		
Zawód/ rozczarowanie miłosne?		
Ból i owrzodzenie na języku? Miewasz Afty?		
Ból przy oddawaniu moczu?		
Miewasz palpacje?		
Krótki oddech przy wysiłku?		
Miewasz skłonności do nadmiernego pocenia się?		
Nieregularny puls?		

Jeśli były wykonywane wcześniej już jakieś badania proszę o ich załączenie.

Dodatkowo jedno dobrej jakości zdjęcie języka od spodu, gdy widać nasadę i żyłki języka, drugie zdjęcie z góry tak by było widać dokładnie korzeń i czubek języka, trzecie zdjęcie z boku języka.

Konieczne sprawdzić czy kolor języka odpowiada kolorowi, który wyszedł na zdjęciu

Zdjęcie twarzy (bez makijażu), zdjęcia wykonać w świetle dziennym, ale nie w pełnym słońcu.

