

KÖRELŐZMÉNY

Név:	Életkor:
Email:	Foglalkozás:
Családi állapot:	Gyermekek száma:
<p>Jelenleg fennálló panaszok, és hogy mióta állnak fenn:</p> <p>(Itt azokat a betegségeket is fel kell sorolni, amelyek nem okoznak tünetet, mert pl. gyógyszeresen kezelve van. Pl. magas vérnyomás)</p>	
Korábbi súlyosabb betegségek (pl. tüdőgyulladás, hepatitis, stb.) évszámmal:	
Műtétek (ide tartoznak a fogászati, szemészeti, stb. műtétek és a szülés is) évszámmal, balesetek, sérülések (pl. autóbaleset, sportsérülés, stb.):	
Allergia, gyógyszerérzékenység:	Dohányzik-e, dohányzott-e valaha? Ha igen, mikor, mennyi ideig és mennyit?
Napi folyadékmennyiség, ebből mennyi a tiszta víz:	Napi alkoholemennyiség:
Napi koffeinfogyasztás (fekete tea, kávé, cola, energiaital, stb.):	Napi cukorfogyasztás (kiskanálban mérve):
Speciális étrendje van-e (vegetáriánus, laktózmentes, stb.)?	Fogyaszt-e rendszeresen édességet?:
	Milyen rendszeres testmozgást végez, mit sportol?
	Heti hány alkalommal?
Egyéb kezeléseiben részesül-e jelenleg? (Pl. gyógyszeres kezelés, természetgyógyászati kezelés stb.) Kérjük, részletezze!	

Dátum:

Az általam fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Aláírás