**WYWIAD**

Uprzejmie proszę odpowiedź na poniższe pytania w formie: TAK lub NIE lub NIE DOTYCZY w miejscu wykropkowanym. Możesz także dopisać swój komentarz jeżeli uważasz to za istotne i ważne dla Ciebie.

Wiek………………………….Płeć…………………………

A.

1. Czy często czujesz się zmęczony lub wyczerpany, szczególnie po spożyciu posiłku czy znacznym wysiłku? Czy poziom Twojej energii waha się pomiędzy trochę obniżonym a zdecydowanie niskim?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy określiłbyś swoją temperaturę jako mniej więcej normalną lub lekko chłoną? Czy wolisz ciepłe pomieszczenia, czy też nie preferujesz ani zimnego ani gorącego otoczenia?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Twój nastrój pogarsza się z powodu braku energii i czy czujesz się gorzej po energicznych ćwiczeniach?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz słaby apetyt, często z łaknieniem słodyczy?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy często chorujesz? Jakie to choroby? I jakie zazwyczaj leki bierzesz?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

B.

1. Czy czujesz się wyczerpany, a czasem nawet jesteś blisko zapaści?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy odczuwasz zimno, masz awersję do zimna, wolisz ciepłe lub gorące otoczenie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy czasem jesteś apatyczny, tracisz zainteresowanie życiem z powodu braku energii?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz częste bóle pleców w obszarze lędźwiowym, zwłaszcza w pozycji leżącej i rano (mijają one rano po wstaniu i „rozruszaniu się”)?

……….............................................................................................................................................

C.

1. Czy czujesz się zmęczony albo wyczerpany a jednocześnie nerwowy, może trochę nadaktywny?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest Ci zbyt ciepło, zwłaszcza po południu lub wieczorem, zwłaszcza w dłonie, stopy, głowę i czy wolisz chłodne otoczenie i napoje, często odczuwasz pragnienie, zwłaszcza w nocy?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy obserwujesz spadek masy ciała, wychudzenie nawet mimo dobrego apetytu i spożywania dużych ilości jedzenia?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy odczuwasz pragnienie picia zimnych napojów w małych ilościach także w nocy?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy odczuwasz nerwowość, cierpisz na bezsenność, masz potrzebę spokoju i odpoczynku?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy objawy nasilają się popołudniu i wieczorem?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

D.

1. Czy masz często suche usta, suchość gardła, pragnienie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz suche włosy, skórę, odczuwasz suchość oczu lub wewnątrz nosa?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy miewasz nocne poty?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy doszło do Ciebie do odwodnienia z powodu nadmiernych potów, zbyt małej ilości napojów lub biegunki?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

E.

1. Czy jesteś zmęczony lub wyczerpany a stan ten się pogarsza po utracie krwi (operacja, menstruacja) lub przy diecie z niską zawartością żelaza, czy kiedykolwiek miałeś anemię?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy miewasz zawroty głowy przy wstaniu albo bóle głowy z odczuciem pustki w głowie lub zamglone widzenie lub mroczki w polu widzenia?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy zaobserwowałeś drżenie, skurcze, tiki?

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz nadwrażliwość na światło, światłowstręt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy miałaś takie problemy jak skąpe miesiączki, zaniki miesiączkowania, bezpłodność, niewystarczająca laktacja?

......................................................................................................................................................

F.

1. Czy jako nastolatek rosłeś trochę wolniej niż rówieśnicy, później wkroczyłeś w okres dojrzewania?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz słabe kości i zęby?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy sądzisz, że masz większe problemy z wzrokiem, słuchem lub pamięcią niż przeciętnie w Twoim wieku?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

G.

1. Czy Twojemu odczuciu dyskomfortu towarzyszy zablokowanie, zastój ? Czy odczuwasz poprawę po ćwiczeniach fizycznych?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy miejsce, w którym odczuwasz dyskomfort jest stałe, czy też się zmienia i nie możesz go dokładnie wskazać w ciele?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz odczucie zablokowania lub zaciśnięcia w gardle, utrudnione przełykanie śliny, częste wzdychanie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy występuje u Ciebie PMS (syndrom napięcia przedmenstruacyjnego) lub dolegliwości żołądkowe nasilające się pod wpływem stresu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy twoje objawy nasilają się przy zablokowaniu emocjonalnym np. kiedy tłumisz gniew lub kiedy jesteś smutny, sfrustrowany lub cierpisz na depresję?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

H.

1. Czy określiłbyś swoją dolegliwość jako dyskomfort czy raczej ból lub ostry ból? Czy odczuwasz poprawę po ćwiczeniach?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy odczuwany ból jest określony o stałej lokalizacji, czy też nieokreślony o zmiennej lokalizacji?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy Twoje objawy nie pogarszają się kiedy odczuwasz blokadę emocjonalną, a nie poprawiają się po energicznych ćwiczeniach?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz jakieś masy, guzki, torbiele ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz tendencję do krwiaków, siniaków?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz zaburzenia ginekologiczne jak zanik menstruacji, bolesne miesiączkowanie, krwawienia maciczne, mięśniaki, torbiele, menstruacja z obecnością skrzepów krwi?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

I.

1. Czy odczuwane przez Ciebie rozpieranie, dyskomfort lub ból są powiązane z odczuciem zimna lub zablokowania?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy po ciepłym masażu lub ćwiczeniu ma miejsce poprawa jeśli chodzi o Twoją dolegliwość?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz dużo śluzu w nosie, zatokach lub flegmy w klatce piersiowej?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy odczuwasz ciężkość w głowie, ciele lub w kończynach?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy masz nadwagę, niedowagę? Czy waga jest w normie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

J.

1. Czy masz kaszel, palpitacje, odbijanie, czkawkę, mdłości, wymioty, refluks?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy cierpisz z powodu nerwowości lub bezsenności i czy Twoje objawy ulegają poprawie w spokojnym otoczeniu a nasilają się przy stresie emocjonalnym?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy jesteś wrażliwy na stres, często czujesz się rozdrażniony, niespokojny lub przestraszony?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

K.

1. Czy masz odczucia gorąca w całym ciele, które mogą być bardzo silne, z dużym niepokojem?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz odczucie pełności w obszarze objętym dolegliwością?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Kiedy jest Ci gorąco, czy jednocześnie odczuwasz silne emocje, takie jak złość, czy nadmierne podniecenie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy Twojemu bólowi towarzyszy odczucie zimna, a poprawa następuje pod wpływem ciepła?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy problem rozpoczął się po ekspozycji na bardzo zimny wiatr albo po dużej ilości zimnych napojów?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

L.

1. Czy masz zmniejszony apetyt?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz osłabione trawienie i inne problemy trawienne jak wzdęcia, bulgotanie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy wypróżniasz się regularnie tj. raz dziennie w godzinach porannych?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..…………….

1. Czy masz słaby głos lub krótki oddech?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy masz kaszel – suchy, nerwowy, ze śluzem lub ostry?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy ostatnio doświadczyłeś straty lub czy pod powierzchnią wciąż przeżywasz stratę z przeszłości, czy miewasz nawracające infekcje?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy miewasz problemy z oddawaniem moczu? Czy w nocy budzisz się aby oddać mocz?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy łatwo Cię przestraszyć?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ilość ciąż, porodów, czy były jakieś komplikacje? Jaki był odstęp czasu między porodami?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz łamliwe paznokcie, łamliwe, suche, przedwcześnie siwiejące włosy?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy masz nawracające bóle głowy lub migreny?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy uważasz, że trochę się bardziej frustrujesz i złościsz, jesteś bardziej drażliwy niż inni?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ł.

1. Czy miewasz obrzęki, opuchnięte kostki, cellulit, białe upławy, grzybice np. drożdżyca układu pokarmowego?

......................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy miewasz nieświeży oddech, upławy żółte, podwyższony poziom cholesterolu, mocz ciemnożółty, cuchnący stolec (kał jest kleisty, tłusty skłonny do biegunek), egzemy, trądzik, opryszczka?

……………………………………………………………………………………………………………………………..………….

………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy chorujesz na jakieś choroby, od jak dawna? Jakie leki obecnie przyjmujesz? Czy miałeś jakieś operacje i są po nich blizny?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jak zazwyczaj wygląda Twój dzień? (o której wstajesz i chodzisz spać, co zazwyczaj jesz w ciągu dnia (ile posiłków i czy one surowe czy gotowane) i w jakich godzinach, ile godzin poświęcasz na pracę, ile na życie prywatne, czy masz czas dla siebie i realizację własnych zainteresowań?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy praca sprawia Ci przyjemność? Czy atmosfera jest przyjazna?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Uszereguj swoje dolegliwości zaczynając od najważniejszej i najbardziej uciążliwej do najmniej istotnej. Co tak najbardziej chciałbyś zmienić? …………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Powyższe dane będą przetwarzane zgodnie z Polityką w zakresie przetwarzania danych osobowych stosowanych przez Gabinet Biorezonansu i Medycyny Naturalnej Achillea dostępną na stronie [www.Achillea.pl](http://www.Achillea.pl)