**DUBAI HOMEOPATHY HEALTH CENTRE**

**Villa 756, Al Wasl Road, Umm Suquim 1, Dubai, UAE.**

**Tel: +97143953333 Fax: +97143954333**

**Email:** [**reception.steps@gmail.com**](mailto:reception.steps@gmail.com) **Web:** [**www.stepsuae.com**](http://www.stepsuae.com)

**Анкета пациента для подготовки к первичному приему**

**(Конфиденциально)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ФИО:** | | | |
| **Дата рождения:** |  | **Род занятий:** |  |
| **Семейное положение:** |  | **Рост:** |  |
| **Дети:** |  | **Вес:** |  |

**Важно: Для правильного подбора гомеопатического препарата и составления плана лечения необходимо глубокое понимание индивидуальных особенностей пациента, как физиологических, так и личностных. Вам может показаться, что некоторые вопросы не имеют отношения к Вашим жалобам, однако каждый из вопросов имеет определенный смысл и значение. Пожалуйста, заполните анкету максимально тщательно и подробно. От Ваших ответов зависит точность выбора препарата и эффективность лечения. Вся предоставленная Вами информация является строго конфиденциальной.**

Каковы Ваши основные жалобы? Укажите, начиная с последних:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пожалуйста, подробно опишите Ваши симптомы: что именно Вы чувствуете?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Где ощущается проблема: больше с правой стороны или с левой?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Как часто Вы испытываете данные симптомы?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как давно они появились?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
От чего наступает улучшение?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
От чего наступает ухудшение?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Есть ли еще что-то, что Вас беспокоит?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз(-ы)** (Пожалуйста, приложите копии последних анализов.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Связываете ли Вы возникновение вышеперечисленных симптомов с каким-либо событием/явлением в Вашей жизни?   
Да (укажите с каким) Нет  
(Например: эмоциональное потрясение, несчастный случай, потеря близкого, развод, переезд в другую страну, переезд в другой дом/квартиру, смена работы, заболевание/травма, стрессовая ситуация, прием лекарственных препаратов, алкоголь/курение/прием наркотических средств, другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
  
Влияют ли как-то текущие симптомы на Ваш характер, поведение, состояние, настроение?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анамнез заболеваний:**  
Были ли у Вас хирургические вмешательства? Если да, укажите какие:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Укажите перенесенные Вами в прошлом заболевания, до того как появились текущие симптомы:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как часто у Вас поднимается температура?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда у Вас в последний раз поднималась высокая температура? Какая температура?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Есть ли у Вас какие-либо симптомы/проблемы, которые периодически повторяются?   
(Например: частые простуды/кашель, аллергические реакции,

нарушения сна, тревожность, депрессия, респираторные инфекции, головные боли, пищеварительные расстройства, боли в спине,

сезонная аллергия, другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Есть ли у Вас гиперчувствительность к чему-либо/аллергия на что-либо? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Семейный анамнез:**

Заболевания у родственников (например: избыточный вес, повышенное давление, порок сердца, диабет, рак, аутоиммунные заболевания и др.):

a) Отец и линия отца:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
б) Мать и линия матери:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в) Братья, сестры:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
г) Другие родственники:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие пять слов Вы бы использовали, чтобы охарактеризовать свою мать?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие пять слов Вы бы использовали, чтобы охарактеризовать своего отца?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Анамнез жизни:**

Как Вы оцениваете свое детство?  
Отлично: У меня было счастливое, ничем не омраченное детство, я не припомню каких-либо негативных событий.  
Средне: В моем детстве были некоторые негативные события, но они не повлияли на мою жизнь.   
Плохо: В моем детстве произошли некоторые негативные события, которые сказались на моей жизни.   
Очень плохо: В детстве я пережил много негативных событий, которые оказали глубокое влияние на мою жизнь.   
  
Как Вы оцениваете свою учебу, образование?

Отлично: Я хорошо учился, и у меня не было никаких проблем.

Средне: Без особых успехов, но и без особых проблем.

Плохо: Были трудности и неудачи, некоторые из которых негативно отразились на моей жизни.

Очень плохо: Было много трудностей и неудач, которые очень негативно повлияли на меня/на мою жизнь.

Как Вы оцениваете свою карьеру?

Отлично: Очень удовлетворен своими достижениями.

Средне: Были некоторые трудности, но в целом нормально.

Плохо: Было много трудностей, некоторые из которых негативно отразились на моей жизни.

Очень плохо: Было много серьезных трудностей и неудач, которые оказали глубокое негативное влияние на мою жизнь.

Насколько Вы счастливы по 10-балльной шкале? \_\_\_\_\_

Что делает Вас наиболее счастливым?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Что делает Вас наименее счастливым?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если бы у Вас была волшебная палочка, чего бы Вы пожелали? (3 желания)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте наиболее соответствующий Вам вариант ответа.**Я хорошо справляюсь с давлением/стрессом на работе.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я умею расслабляться и эффективно восстанавливать свои силы.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я открыто высказываю свое мнение о том, что важно для меня.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я поддерживаю оптимальный баланс между работой и личной жизнью.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я чувствую поддержку со стороны начальства/коллег.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я активно способствую счастью и благополучию других людей.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

В целом, я оптимист.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я могу самостоятельно найти выход из трудной ситуации.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Я преуспеваю в работе.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Мне нравится мое место работы, я работаю с воодушевлением.

Всегда Часто Иногда Редко Никогда

Укажите, с кем у Вас складываются самые близкие взаимоотношения (3 человека):   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Каковы Ваши отношения с:   
Матерью: Отлично Средне Плохо Очень плохо  
Отцом: Отлично Средне Плохо Очень плохо  
Братьями/сестрами: Отлично Средне Плохо Очень плохо  
Супругом/супругой: Отлично Средне Плохо Очень плохо  
Друзьями: Отлично Средне Плохо Очень плохо

7

Было ли в Вашей жизни какое-то событие, которое *до сих пор* оказывает на Вас негативное влияние? Да Нет  
Опишите это событие и то, как именно оно влияет на Вас.   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Укажите свои сильные и слабые стороны.

Сильные стороны (черты характера, привычки, помогающие Вам в повседневной жизни):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Слабые стороны (черты характера, привычки, напротив, мешающие Вам в повседневной жизни):   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Как бы Вы описали себя как личность?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выражаете ли Вы открыто свои мысли?   
Да, открыто выражаю. Я всегда говорю то, что думаю.  
Умеренно. Выражаю, если это уместно.   
Редко. Я предпочитаю держать свои мысли при себе.   
  
Выражаете ли Вы свои чувства и эмоции?  
Бурно выражаю, не могу сдерживать свои чувства и эмоции.

Умеренно. Выражаю по необходимости.

Редко. Обычно я прячу свои чувства и эмоции, мне трудно выражать их.

Нравится ли Вам быть в компании других людей?

Да, люблю быть среди людей.

Да, но могу обходиться и без компании. Предпочитаю компанию близких мне людей.

Предпочитаю быть в одиночестве.

Чувствительны ли Вы к чужой боли, страданию?

Крайне чувствителен. Чужая боль оказывает на меня негативное воздействие.

Довольно чувствителен. Чужая боль воздействует на меня в некоторой степени.

В целом, чувствителен. Но чужая боль не воздействует на меня негативно.

Малочувствителен. Практически не задумываюсь об этом.   
  
Легко ли Вы можете заплакать?

Очень легко. Могу заплакать от чего угодно.   
Могу заплакать в определенной ситуации. Но не очень легко.  
Я не плаксив. Редко плачу.   
Не получается заплакать, даже когда мне грустно и хочется плакать.

Вы организованны?

Очень организован. Мне нужно, чтобы во всем был порядок.

Довольно организован, но не буду слишком беспокоиться, если в чем-то отсутствует порядок.   
Не обращаю на это особого внимания.   
Совершенно неорганизован.

Удовлетворены ли Вы своей половой жизнью?

Крайне не удовлетворен Не вполне удовлетворен Удовлетворен

Отметьте относящиеся к Вам утверждения:

Мне бывает трудно сдерживать гнев.

Я склонен к беспокойству.

Я склонен проявлять нетерпение.

Я склонен чувствовать себя эмоционально уязвимым.

Я склонен чувствовать себя недостаточно обеспеченным материально.

Я тоскую по дому/по родине.

Мне легко становится скучно.

Я часто испытываю недовольство/неудовлетворенность.

Я склонен к ревности.

Я склонен недоверчиво относиться к окружающим.

Мне не хватает уверенности.

Мне недостает силы воли.

Я не люблю ответственность.

Мне трудно подчиняться авторитетам.

Я склонен чувствовать себя одиноким.

Я нетерпим к несправедливости.

У меня есть сильный страх:  
Смерти Болезни Высоты Воды Темноты Призраков   
Крови Травм Водить машину Летать Бедности

Замкнутых пространств/туннелей Громкого шума Грозы   
Острых предметов, игл Насекомых Животных Одиночества

Незнакомых людей Публичных выступлений Экзаменов

Конфликтов/Агрессии Толпы Быть отвергнутым Ответственности

Провала Противоположного пола Фильмов ужасов Потери близкого

Несчастных случаев Катастроф Сделать ошибку

Опасности Быть брошенным

Как Вы оцениваете свою память, концентрацию внимания, способность усваивать новую информацию?

Память:

Я очень забывчив.

Иногда я забываю некоторые вещи.

У меня хорошая память.

Концентрация внимания:  
Мне очень трудно на чем-либо сосредоточиться.

Я иногда теряю концентрацию, и мне нужно приложить усилия, чтобы сосредоточиться.  
У меня хорошая концентрация внимания.

Усвоение информации:  
Мне всегда очень трудно усваивать новую информацию.  
Иногда мне бывает трудно усваивать новую информацию.

Я легко усваиваю новую информацию.

**Особенности сна** (отметьте относящиеся к Вам утверждения):

Мне трудно заснуть.  
Я слишком легко засыпаю.   
У меня беспокойный сон с частыми пробуждениями.  
У меня чуткий сон.  
У меня крепкий сон.  
Я просыпаюсь бодрым и отдохнувшим.

Продолжительность сна:

Мне требуется \_\_\_\_\_\_ часов сна в день.  
Обычно я сплю \_\_\_\_\_\_\_ часов в день.

Положение во время сна. Мне удобнее всего спать:

На правом боку На левом боку На животе На спине

Другое положение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Во время сна я обычно:

Укрываюсь.

Не укрываюсь.

Когда я сплю, я **не** укрываю:

Голову Руки Грудь Ноги Стопы

Во сне я обычно:

Храплю Скриплю зубами

Потею, обычно это: Голова Шея Спина Все тело

Разговариваю Смеюсь Хожу

Вздрагиваю/подергиваюсь/совершаю резкие движения

Много ворочаюсь Пускаю слюну

После сна я обычно:

Чувствую себя усталым и невыспавшимся.

Чувствую себя раздраженным.   
С трудом просыпаюсь.

Чувствую себя бодрым и свежим.

Сновидения:

Я вижу много сновидений.

Характер сновидений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мои сновидения мешают мне спать/заставляют меня просыпаться.

Я не запоминаю свои сновидения.

**Особенности терморегуляции** (отметьте относящиеся к Вам утверждения):

Мне легко становится жарко:   
Все тело Голова Ноги Спина Грудь

Я легко мерзну:   
Все тело Руки Ноги Спина Грудь  
  
Я чувствителен как к холоду, так и к жаре.

Я хорошо переношу как холод, так и жару.

Я легко потею.

Больше всего потеет(-ют): Руки Ноги Голова Подмышки Спина  
Грудь Лицо Все тело

Я редко потею.

Я совсем не потею.

Мой пот имеет неприятный запах.  
  
На меня плохо влияет:   
Перемена погоды Холодная погода Жаркая погода Сухая погода  
Влажная погода

Я предпочитаю мыться:

Горячей водой Теплой водой Водой комнатной температуры

Холодной водой

**Особенности пищеварения:**

Частота стула: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Консистенция стула: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Есть ли проблемы со стулом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Частота мочеиспускания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Есть ли проблемы с мочеиспусканием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отметьте, есть ли у Вас следующие проблемы, и укажите, что их вызывает:

Повышенная кислотность. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расстройство желудка. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вздутие живота/газы. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Запоры. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тяжесть или боль в желудке. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спазмы/колики. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отрыжка. Что вызывает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие проблемы с пищеварением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Питание:**Я вегетарианец Я не вегетарианец, но я не ем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Укажите, что Вы едите и пьете каждый день:

Завтрак: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обед: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ужин: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Между основными приемами пищи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какое количество воды выпиваете в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какое количество жидкости (кроме воды) выпиваете в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если курите, укажите количество сигарет в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если принимаете алкоголь, укажите количество в неделю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отметьте, что из нижеперечисленного Вы очень любите:**

вода, сладости, хлеб, рис, чипсы, шоколад, холодные напитки, мороженое, мясо, курица, рыба, пряности, молоко, сыр, лук,

яйца, овощи, фрукты, газированные напитки, чай, кофе, соль, лимоны, жареная пища, фастфуд, острая пища, горькая пища,

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отметьте, что из нижеперечисленного Вы совсем не любите:**

вода, сладости, хлеб, рис, чипсы, шоколад, холодные напитки, мороженое, мясо, курица, рыба, пряности, молоко, сыр, лук,

яйца, овощи, фрукты, газированные напитки, чай, кофе, соль, лимоны, жареная пища, фастфуд, острая пища, горькая пища,

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли продукты, которые Вам не подходят? Есть ли у Вас аллергия на какие-либо продукты? Непереносимость каких-либо продуктов?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Менструация:**

В каком возрасте началась менструация? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регулярный ли у Вас менструальный цикл? (25-35 дней) Да Нет

(В случае регулярного цикла) Сколько дней составляет цикл?\_\_\_\_\_\_ дней.

Сколько дней длится менструация? \_\_\_\_\_\_\_ дней.

Какова интенсивность менструальных выделений?

Очень скудные Скудные Умеренные Обильные Очень обильные

Испытываете ли Вы выраженный эмоциональный или физический дискомфорт перед менструацией, во время или после нее?

Да Нет

Раздражительность: Перед Во время После

Подавленность: Перед Во время После

Плаксивость: Перед Во время После

Спазмы в животе: Перед Во время После

Болезненность молочных желез: Перед Во время После  
Вздутие живота: Перед Во время После

Головная боль: Перед Во время После

Запор: Перед Во время После

Слабость: Перед Во время После

Повышенная потливость: Перед Во время После

Угревая сыпь, прыщи: Перед Во время После

Нарушение сна: Перед Во время После

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Беременность и роды:**

Есть ли у Вас дети: Да Нет  
Сколько у Вас детей?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Когда они родились? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Как проходили роды? Естественно Хирургическим путем   
Как Вы себя чувствовали во время беременности? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Волосы, ногти, кожа:**

Есть ли у Вас проблемы с волосами, ногтями, кожей? Да Нет

**Волосы:**

Выпадение волос Перхоть Преждевременная седина   
Другие проблемы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ногти:**

Ломкость, хрупкость ногтей Изменение цвета, пятна на ногтях  
Врастание ногтей Замедленный рост ногтей

Другие проблемы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кожа:**Сухость кожи

Жирность кожи

Шрамы/рубцы, изменение пигментации

Угревая сыпь, прыщи

Другие проблемы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Энергетический уровень:**Как бы Вы оценили свой общий уровень энергии по 10-балльной шкале? \_\_\_

В какое время суток у Вас больше всего энергии?   
Утром До полудня После полудня Вечером Поздно вечером

Ночью

В какое время суток у Вас меньше всего энергии?   
Утром До полудня После полудня Вечером Поздно вечером

Ночью

Насколько Вы физически активны? Занимаетесь ли Вы спортом/делаете физические упражения?   
Занимаюсь спортом/делаю физические упражнения регулярно (почти каждый день).

Занимаюсь спортом/делаю физические упражнения довольно часто (несколько раз в неделю).

Занимаюсь спортом/делаю физические упражнения несколько раз в месяц.

Заставляю себя иногда заниматься спортом/делать физические упражнения.

Не занимаюсь спортом/не делаю физические упражнения.

**Политика конфиденциальности:**

Вся предоставленная мной информация является строго конфиденциальной и не подлежит разглашению без моего согласия. Я даю разрешение на предоставление доступа к этой информации специалистам с целью назначения оптимального для меня курса лечения и/или в исследовательских, статистических и образовательных целях.

**ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата:­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**