Обведите ту опцию, что более других вам подходит.

0 – никогда 1 – иногда (2ды в неделю) 2 – регулярно (3-4 раза в неделю) 3 – ежедневно

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Неприятный запах изо рта | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Плохой аппетит | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Вздутие после еды | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Отрыжка после еды | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Повышение кислотности после еды | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Неспособность съесть большую порцию | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Медленное переваривание | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Фрагменты непереваренной пищи в стуле | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Быстрое насыщение | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Улучшение пищеварения после употребления колы | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Слабые ногти | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Выпадение волос | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Периодичные диарея и запоры | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Обложение языка | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Метеоризм, пахучий газ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Кишечные судороги | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Слизистый стул | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Стул мягкий водянистый | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Анальный зуд | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сложности в похудении | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Психическая заторможенность | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Быстрая утомляемость, сонливость | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ощущение озноба, постоянного чувства холода, необходимость в дополнительной одежде | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Холодные руки и ноги | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Сухая кожа | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Запор | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Медленное переваривание | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Обширная потеря волос | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Головные боли | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Быстрая простужаемость | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Повторяющиеся инфекции мочевого пузыря | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Повторяющиеся вагинальные инфекции | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Метеоризм, чувство раздутости около часа после еды | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Пожелтение глаз | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Сухость кожи, зуд ног | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Горький металлический привкус во рту | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Головные боли | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Тошнота, склонность к рвоте | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Стул желтого цвета до светло-коричневого | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Неудобства после жирного блюда | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Боль между лопатками | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Темные круги под глазами | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Снижение аппетита | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Нетерпимость к кофе (препятствует сну) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Нетерпимость к алкоголю | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Низкое кровяное давление | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Хроническая усталость | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Гипогликемия (низкий уровень глюкозы в крови) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Слабость, головокружение | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Быстрая простужаемость, медленное восстановление | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Плохая циркуляция крови | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Склонность к бронхитам | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Аллергия, крапивница | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Воспаление суставов | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Потливость** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Трудно подняться и начать двигаться по утрам** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Головные боли | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Мышечные боли в состоянии покоя и после тренировки, медленное восстановление | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Для женщин:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Чувство напряжения перед менструацией | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Болезненная менструация | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Длительная менструация | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Болезненная чувствительность в груди | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Нерегулярный менструальный цикл | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Депрессивное чувство до менструации | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Снижение либидо | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Для мужчин:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Проблемы с простатой | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Затрудненное мочеиспускание | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Высокая частота мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Беспокойство ног в ночное время | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Быстрая утомляемость | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Снижение либидо | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Запрос для здоровья:**

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

**Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Принимаете ли вы лекарства на ежедневной основе? Какое? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Принимаете ли вы пищевые добавки на ежедневной основе? Какие именно? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Цикл(подчеркнуть нужное):**

**Я ем белый хлеб или черный хлеб.**

**Я ем 0 1 2 3 4 порций фруктов в день.**

**Я ем 0 1 2 3 порции овощей в день.**

**Я не ем молоко, сыр, йогурт на ежедневной основе.**

**Я ем меньше чем или больше чем 100 г мяса в день.**

**Я ем рыбу 0 1 2 3 раза в неделю.**

**Я не пью безалкогольные напитки.**

**Я не ем печенье, пирожные, шоколад, конфеты на ежедневной основе.**

**Я пью 0 1 2 3 4 бокала вина в день.**

**Я пью 0 1 2 3 4 бокала пива в день.**

**Я пью 0 1 2 3 или более 4 чашек кофе в день.**

**Я не пью чай.**

**Я пью 0 1 2 3 4 5 стаканов воды в день.**

**Я хожу помочиться 2 4 6 8 и более раз в день.**

**Я не использую искусственные подсластители.**

**Я не курю. Если курю, то сколько сигарет в день? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Я не имею стула каждый день.**

**Я занимаюсь спортом: 0 1 2 3 4 раза в неделю или каждый день.**

**Я умеренно или интенсивно испытываю стресс.**

**Я чувствую себя в плохом/умеренном/ хорошем/ отличном физическом состоянии.**

**Я чувствую себя в плохом/умеренном/ хорошем/ отличном психического состоянии.**

**Я не имею наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, раку, диабету, другим болезням: (если да, то к каким) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Как ваш уровень энергии? (почти мертв) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (отлично).**

**Каково ваше качество сна? (очень плохо) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (отлично, не прерывается).**

**Какова ваша живость ума? (очень плохо, мозг в тумане) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (отлично).**

**Вы страдаете от болей в мышцах и суставах? (даже очень) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (не всегда).**

**Каково ваше общее самочувствие? (ужасно) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (отлично).**

**Опишите ваши основные симптомы?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**