

ХОМЕОПАТИЧЕН ВЪПРОСНИК МЦ „Хирон-София”

1. Лични данни

Грите имена:	
Дата на раждане:	
Семейно положение :	Деца:
Ръст: см.	Тегло: кг.
Телефон:	

2. Основни оплаквания

Моля, опишете симптомите и болестите, от които страдате сега:

<ul style="list-style-type: none"> • От колко време е оплакването:
<ul style="list-style-type: none"> • Информация за произхода, продължителността и прогреса на всеки от описаните симптоми, включително разпространението им в различни части на тялото.
<ul style="list-style-type: none"> • Опишете вида на състоянието – внезапно, постепенно, много бързо, много бавно появяващо и протищо.
<ul style="list-style-type: none"> • Напишете кои фактори подобряват състоянието:
<ul style="list-style-type: none"> • Кои фактори влошават състоянието:
<ul style="list-style-type: none"> • Какви промени настъпват по отношение на апетит, жажда, изхождане, уриниране или по време на цикъл, когато описаните състояния са тежки.

Важно: Моля, приложете изследвания на кръв, рентгенови снимки, ЕКГ, кардиограма, Доплер и други, ако имате такива, както и всички специфични изследвания, свързани със заболяването ви.

<input type="checkbox"/> Опишете какви видове лекарства взимате и тяхната дозировка.
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Алергии, моля опишете, ако имате такива.
<input type="checkbox"/> Ако сте на химио- или лъчетерапия, физиотерапия или друга терапия, моля отбележете
<input type="checkbox"/> Спазвате ли някакъв специален хранителен режим, какъв?
<input type="checkbox"/> Има ли някаква съгътстваща терапия, която следвате?

От какви болести сте страдил в миналото, моля избройте и опишете

Заболяване	Състояние в момента	Период

Опишете подробно

Заболявания на родителите: майка, баба, дядо баща, баба, дядо

Болести в семейството: Отбележете и уточнете на кого принадлежат като родствена линия

<input type="checkbox"/>	Анемия
<input type="checkbox"/>	Епилепсия
<input type="checkbox"/>	Други припадъци
<input type="checkbox"/>	Артрит
<input type="checkbox"/>	Ревматизъм
<input type="checkbox"/>	Хипертония
<input type="checkbox"/>	Брадавици
<input type="checkbox"/>	Лесно кървене
<input type="checkbox"/>	Мозъчен инсулт
<input type="checkbox"/>	Парализи
<input type="checkbox"/>	Рак
<input type="checkbox"/>	Диабет

<input type="checkbox"/>	Улцеративен колит
<input type="checkbox"/>	Ментални
<input type="checkbox"/>	Кожни
<input type="checkbox"/>	Астма
<input type="checkbox"/>	Автоимунни
<input type="checkbox"/>	Белодробни
<input type="checkbox"/>	Чернодробни
<input type="checkbox"/>	Сърдечни
<input type="checkbox"/>	Бъбречни
<input type="checkbox"/>	Венерически
<input type="checkbox"/>	Щит. жлеза
<input type="checkbox"/>	Други

ХОМЕОПАТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

• Температурни модалности
<input type="checkbox"/> топлокръвен
<input type="checkbox"/> зиморничав
<input type="checkbox"/> амбитермален
• Природни явления и реакции
<input type="checkbox"/> Чувствителност към горещина
<input type="checkbox"/> Чувствителност към вятър
<input type="checkbox"/> Чувствителност към влага
<input type="checkbox"/> Чувствителност към студ
<input type="checkbox"/> Чувствителност към шум
<input type="checkbox"/> Чувствителност към смяна на времето
• Изпотяване
<input type="checkbox"/> Количество – оскъдно, нормално, много
<input type="checkbox"/> Време – нощем, при усилие, кои части от тялото
<input type="checkbox"/> Следи - мирис, петна
• Хранителни предпочитания
<input type="checkbox"/> Нередовно хранене
<input type="checkbox"/> Апетит – нисък, нормален, силен
<input type="checkbox"/> Жажда за вода – малка, средна, висока
<input type="checkbox"/> Храна, без която не можете
<input type="checkbox"/> Храна, която Ви отвращава
<input type="checkbox"/> Проблеми с храносмилането, подуване, газове
<input type="checkbox"/> Пушите ли?
<input type="checkbox"/> Пиете ли редовно алкохол?
<input type="checkbox"/> Употребявате ли наркотици?
• Изхождания
<input type="checkbox"/> Дефекация – количество, честота
<input type="checkbox"/> Уриниране – проблеми, няма проблеми
<input type="checkbox"/> Цикъл – проблеми, ПМС
• Наранявания

<input type="checkbox"/>	Ако имате наранявания по кожата, те лесно ли минават?
<input type="checkbox"/>	Имате ли тенденция към кървене?
<input type="checkbox"/>	Трудно заздравяване на рани
<input type="checkbox"/>	Лесно ли получавате синини?
•	Склонности
<input type="checkbox"/>	Сърбежи по тялото
<input type="checkbox"/>	Имате ли често херпеси, афти, абцеси, циреи? Къде?
<input type="checkbox"/>	Имате ли склонност към образуване на пъпки и гноене?
•	Сън и сънища
<input type="checkbox"/>	Сън, поза на заспиване
<input type="checkbox"/>	Хъркате ли? Скърцате ли със зъби по време на спане?
<input type="checkbox"/>	Ходите ли на сън, имате ли слюнкоотделяне по време на сън?
<input type="checkbox"/>	Проблеми със съня?
<input type="checkbox"/>	Можете ли да спите, ако е шумно или светло?
<input type="checkbox"/>	Завивате ли се по време на сън? Колко?
<input type="checkbox"/>	Сънувате ли? Повтарящи се сънища? Опишете подробно
<input type="checkbox"/>	Час на събуждане, брой часове сън
•	Ментални и съпътстващи симптоми
<input type="checkbox"/>	Страхове - сърцебиене, треперене, нервност, диария, изпотяване
<input type="checkbox"/>	Изпити - сърцебиене, треперене, нервност, диария, изпотяване
<input type="checkbox"/>	Сценична треска - сърцебиене, треперене, нервност, диария, изпотяване
•	Околна среда
➤	Вкъщи – нормална, напрегната, непоносима
➤	Работа – нормална, напрегната, непоносима
➤	Роднини – нормална, напрегната, непоносима
➤	Приятели – нормална, напрегната, непоносима
•	Тип личност
➤	Комуникативен или резервиран сте по природа?
➤	Амбициозен ли сте или приемате това, което Ви предлага живота?
➤	Добре ли се справяте с поставена задача, ако сте подложени на стрес?
➤	Бързо ли забравяте обидите?
➤	Обичате ли да сте център на внимание?
•	Допълнителни
<input type="checkbox"/>	Изложени ли сте на някакви вредни или токсични газове, химически елементи, прах, пясък, силна миризма и други?
•	С каква вода се къпете в банята? - през лятото, през зимата
•	От какво се чувствате емоционално по-добре?
<input type="checkbox"/>	Топло, лежане, вана
<input type="checkbox"/>	Успокоителни думи, прегръдка, окуражаване
<input type="checkbox"/>	Разходка на открито
<input type="checkbox"/>	Физическа или умствена работа
<input type="checkbox"/>	Храна
<input type="checkbox"/>	Алкохол или други стимуланти
<input type="checkbox"/>	Друго

Деца

• Бременност на майката
<input type="checkbox"/> Физически проблеми по време на бременността
<input type="checkbox"/> Психически проблеми по време на бременността
<input type="checkbox"/> Лекарства по време на бременността
• Раждане
<input type="checkbox"/> в деветия месец
<input type="checkbox"/> преждевременно раждане
<input type="checkbox"/> нормално раждане
<input type="checkbox"/> секцио с епидурална упока
<input type="checkbox"/> раждане с пълна упойка
<input type="checkbox"/> Проблемно раждане
• Първа година на бебето
<input type="checkbox"/> Кислородна терапия, кувьоз, фототерапия
<input type="checkbox"/> Лекарства
<input type="checkbox"/> Поствакцинални реакции
<input type="checkbox"/> Алергии
<input type="checkbox"/> Кърмене
<input type="checkbox"/> Прохождане
<input type="checkbox"/> Проблеми с поникването на първите зъбки
<input type="checkbox"/> Други проблеми
• Дете 1-7 г.
<input type="checkbox"/> Нощно напикаване, гризене на нокти, въртене на косата, смучене на палеца, удряне на главата и други.
<input type="checkbox"/> Проблеми с нормалното ментално и физическо развитие
<input type="checkbox"/> Затлъстяване
<input type="checkbox"/> Желание за ядене на неядливи неща - пръст, камъни, пясък, тебешир, хартия или др.
<input type="checkbox"/> Кожни проблеми
• Характер на детето – игрово, срамежливо, скромно, плачливо, агресивно
• Как се държи в присъствието на непознати?
<input type="checkbox"/> Хиперактивност
<input type="checkbox"/> Други проблеми
• Дете 7-18 г.
<input type="checkbox"/> Проблеми в училище с дисциплината
<input type="checkbox"/> Проблеми в училище с усвояване на изучавания материал
<input type="checkbox"/> Няма приятели, асоциално
<input type="checkbox"/> Вредни навици – алкохол, наркотици
<input type="checkbox"/> Допълнителни занимания извън училище
<input type="checkbox"/> Хронифицирани заболявания
<input type="checkbox"/> Други проблеми

ВАЖНО: Съгласен съм, предоставените от мен данни да бъдат използвани единствено и само за целите на хомеопатичното лечение!

Дата:

Подпис: