

<input type="checkbox"/> проблеми с храносмилането <input type="checkbox"/> рикетсиоза <input type="checkbox"/> ревматизъм <input type="checkbox"/> болки в гърба	Венерически болести: <input type="checkbox"/> сифилис <input type="checkbox"/> гонорея <input type="checkbox"/> трихомоназа <input type="checkbox"/> хламидиоза <input type="checkbox"/> други	<input type="checkbox"/> проблеми със сърцето <input type="checkbox"/> хипертония <input type="checkbox"/> виене на свят <input type="checkbox"/> хронично главоболие	<input type="checkbox"/> проблеми с уринирането <input type="checkbox"/> заболяване на бъбреците <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> простата
Операции: <input type="checkbox"/> сливици <input type="checkbox"/> апендикс <input type="checkbox"/> херния <input type="checkbox"/> хемороиди <input type="checkbox"/> матка <input type="checkbox"/> бъбречни камъни <input type="checkbox"/> жлъчни камъни <input type="checkbox"/> фимоза <input type="checkbox"/> Хидроцеле <input type="checkbox"/> перде на очите	<input type="checkbox"/> дифтерия, <input type="checkbox"/> ангина <input type="checkbox"/> “трета сливица” <input type="checkbox"/> чести възпаления на гърлото <input type="checkbox"/> синусит, <input type="checkbox"/> пневмония <input type="checkbox"/> астма, туберкулоза <input type="checkbox"/> бронхит Плеврит <input type="checkbox"/> сериозно кървене от някоя част на тялото <input type="checkbox"/> безсъзнание <input type="checkbox"/> мозъчно сътресение	Кожни болести: <input type="checkbox"/> обриви <input type="checkbox"/> циреи <input type="checkbox"/> карбункули <input type="checkbox"/> гъбички <input type="checkbox"/> краста <input type="checkbox"/> екзема <input type="checkbox"/> уртикария <input type="checkbox"/> алергия <input type="checkbox"/> херпес <input type="checkbox"/> псориазис <input type="checkbox"/> други	Голям стрес: <input type="checkbox"/> скръб <input type="checkbox"/> разочарование <input type="checkbox"/> уплаха <input type="checkbox"/> нервен срив <input type="checkbox"/> бърнаут <input type="checkbox"/> провал в работата <input type="checkbox"/> нещастна любов <input type="checkbox"/> финансова загуба
<input type="checkbox"/> изтръпвания <input type="checkbox"/> крампи <input type="checkbox"/> гърчове <input type="checkbox"/> припадъци	<input type="checkbox"/> Полиомиелит <input type="checkbox"/> Парализи <input type="checkbox"/> Менингит <input type="checkbox"/> Лумбална пункция	<input type="checkbox"/> Катастрофа <input type="checkbox"/> Травма на главата и тялото	Упойка : <input type="checkbox"/> обща <input type="checkbox"/> местна

Допълнителна информация за минали заболявания:

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

- Анемия
- Епилепсия
- Други припадъци
- Лудост Ревматизъм
- Хипертония
- Болно сърце
- Сърдечен инфаркт
- Мозъчен инсулт
- Парализи
- Рак
- Диабет
- Улцеративен колит
- Лесно кървене
- Уртикария

- Астма
- Екзема
- Псориазис
- Артрит
- Краста
- Туберкулоза
- Плеврит
- Малария
- Чернодробни
- Бъбречни
- Венерически
- Брадавици
- Други, уточнете какви

Роднинска връзка	жив - да, не	Възраст	Страдание	Причина за смъртта
Дядо по бащина линия				
Баба по бащина линия				
Дядо по майчина линия				
Баба по майчина линия				
Баща				
Майка				
Сестра				
Брат				
Други				

***Вашето раждане:**

Имала ли е майка Ви проблеми по време на бремеността?
Приемала ли е лекарства? Какви?
Имало ли е проблеми при самото раждане? Какви?

Ключови моменти	Възраст	Ключови моменти	Възраст
Поява на първи зъби		Проговаряне	
Седене		Нощно напикаване - край	
Изправяне		Ядене тебешир, пръст, пясък и пр.	
Прохождане		Други проблеми	

Допълнителен въпрос: Ухапване от животно? (куче, котка, кърлеж, отровни насекоми и др.) – какво, кога, къде, последствия.

***Ваксинации**

Посочете кои от ваксините са направени и колко пъти сте реваксинирани:

<input type="checkbox"/> БЦЖ
<input type="checkbox"/> ДТК
<input type="checkbox"/> Полиомиелит
<input type="checkbox"/> Морбили
<input type="checkbox"/> Тетанус
<input type="checkbox"/> Едра шарка
<input type="checkbox"/> Холера
<input type="checkbox"/> Бяс
<input type="checkbox"/> Тиф

Имало ли е по-силна реакция и проблеми след ваксинация? Опишете подробно!

*Семейство:

	Дата на раждане	Проблеми със здравето
Съпруг/а		
Деца (м,ж)		
1.		
2.		
3.		
4.		

*Нездравословни навици: +++ много; ++ често; + понякога, - не

- Кафе
- Черен чай
- Очистителни
- Сънотворни
- Успокоителни
- Наркотици
- Алкохол
- Пушене
- Други

Основни оплаквания:

Произход или причина на оплакванията: *Можете ли да проследите началото на настоящето страдание и да го свържете с някакви особени обстоятелства, инцидент, болест, умствени и физически претоварвания, шок, притеснения, грешки в диетата, настинка, претопляне и др.*

Апетит и жажда

Как оценявате апетита си ?
Кога сте най-гладни?
Колко бързо ядете?
Какво се случва, ако по-дълго време не сте яли, а сте гладни?
Доколко усещате жажда (топли/студени напитки)?
Колко течности изпивате дневно, вкл. чай, сок ,супа и др.?
По кое време на денонощието сте особено жадни?
Имате ли промяна във вкуса или особени усещания в устата?

Вид храна	Обичам	Не обичам	Действа ми зле	Вид храна	Обичам	Не обичам	Действа ми зле
Горчива				Бобови			
Солена				Месо			
Сладка				Пиле			
Кисела				Риба			
Люта				Зеле			
Масло				Лук			
Мазно				Топла храна			
Мляко				Топли напитки			
Сладолед				Студена храна			
Шоколад				Студени напитки			
Плодове				Подправки			
Зеленчуци				Пушени храни			
Сирене				Портокали			
Тестени				Банани			
Яйца							
Кафе							

Отбележете както следва: xxx - много xx - средно x - да

Дефекация и уриниране:

Имате ли някакъв проблем с дефекацията?
Колко пъти дневно се изхождате и кога?
Има ли проблеми с червата?
Трябва ли да се напъвате? Дори ако изпражненията са меки?
Подува ли Ви се корема? Имате ли газове?
Облекчава ли Ви изпускането на газове?
А оригването?
Проблеми с уринирането? (преди, по време на, след)
Мирише ли силно урината? На какво?
Трудности при уриниране - бавно начало, тънка струя, прекъсване, на капки и пр.
Неволно изпускане на урина - кога, при кихане, кашляне, смях, ходене и пр.

Изпотяване:

Колко се потите и кога - денем, нощем, насън, при усилие и пр.?
По кои части на тялото - длани, ходила, подмишници, глава, други
Каква е потта - топла, студена, лепкава, мазна, като мед, втвърдява бельото и пр.
Как мирише потта - кисело, люто, на урина, неприятно, на бъз и пр.
Оставя ли лекета и какъв цвят; лесно ли се перат?
Свързано ли е потенето с някакви симптоми? Какви и кога - преди, през, след?

Температура, треска, настинки:

Имали ли сте дълго време висока температура? С какво е свързано според Вас повишаването ѝ?
Какво става, когато сте с температура - възбуждане, потене, жажда, отпадналост, настроение и пр.
Усещате ли парене или студ в отделни части - глава, длани, ходила и пр.?
Настивате ли лесно? Как по-точно?

Опишете секретите при настинка - воднисти, люти, разраняват кожата, точещи се, гъсти, гнойни, обилни, цвят, вкус и пр.
Проблеми с дишането - вдишване, издишване, време на поява, влияние от студ, топлина, навън, в стая, поза на тялото и пр.
Имате ли кашлица? Опишете я най-подробно.

Полов живот:

<input type="checkbox"/> Желание за секс - голямо, средно, слабо, кога. Сексуални излишества и ефект върху здравето и психиката.
<input type="checkbox"/> Как се чувствате преди, по време на и след секс - ободрени, уморени, сънливи, тъжни, някакви болки и пр.?
<input type="checkbox"/> Имате ли сексуални отклонения?
<input type="checkbox"/> Мастурбация - Колко често, как се чувствате след това?
<input type="checkbox"/> Венерически инфекции - Какви, кога? Кондиломи по половите органи?

Мъже:

<input type="checkbox"/> Ерекция и еякулация
<input type="checkbox"/> Простата
<input type="checkbox"/> Други:

Жени:

<input type="checkbox"/> Мензис - честота, редовност, продължителност, на каква възраст е започнал, имало ли е проблеми тогава?
<input type="checkbox"/> Менструално течение - количество, цвят, съсиреци, мирис, консистенция.
<input type="checkbox"/> Лесно ли се пере бельото ако се зацапа при мензис?
<input type="checkbox"/> Имате ли оплаквания преди, по време на и след мензис?
<input type="checkbox"/> физически:
<input type="checkbox"/> психично състояние:
<input type="checkbox"/> Матка: пролапс, усещане за дърпане и изпадане, миоми, друго
<input type="checkbox"/> Яйчници и тръби: кисти, възпаления, болки
<input type="checkbox"/> Влагалище - сърбеж, разраняване, болки, спазми, възпаления, течение - цвят, консистенция, мирис, кога се усилва или намалява, връзка с мензиса?
<input type="checkbox"/> Колко са чувствителни на докосване външните гениталии? Даже от бельото?
<input type="checkbox"/> Млечни жлези - подуване, болки, бучки и пр.
<input type="checkbox"/> Аборти – спонтанни, по желание; кога, в кой месец, брой, как са понесени?
<input type="checkbox"/> Проблеми с критическата възраст и менопаузата

Физическа симптоматика: Моля опишете подробно всички важни, силни и повтарящи се симптоми, както и т.нар. модалности - т.е. повлияване от топло, студено, движение, покой, усилие, сън, хранене, секс, мензис, слънце, вятър и т.н.

<input type="checkbox"/> Световъртеж, припадане
<input type="checkbox"/> Главоболие
<input type="checkbox"/> Очи и зрение
<input type="checkbox"/> Уши и слух
<input type="checkbox"/> Нос и обоняние

<input type="checkbox"/> Уста и вкус, устни, език
<input type="checkbox"/> Зъби, венци
<input type="checkbox"/> Гърло, сливици, гълтане
<input type="checkbox"/> Сърце, кръвно налягане, съдове
<input type="checkbox"/> Гръбнак
<input type="checkbox"/> Крайници
<input type="checkbox"/> Стави
<input type="checkbox"/> Кожа
<input type="checkbox"/> Нокти
<input type="checkbox"/> Коса
<input type="checkbox"/> Рани - зарастване, гноене, келоиди
<input type="checkbox"/> Склонност към кръвене
<input type="checkbox"/> Болки
<input type="checkbox"/> Отоци, подуване, изтръпване, парализа
<input type="checkbox"/> По-често засягана страна - дясна, лява, преминаване от една на друга, как
<input type="checkbox"/> Треперене - кога?
<input type="checkbox"/> Слабост, отпадналост - в кои части, кога

Общи модалности: *Различни обстоятелства ни въздействат различно. По-долу отбележете точно как Ви влияят съответните фактори, особено върху главните оплаквания. Например, ако имате главоболие и то се подобрява или влошава от лежане, срещу лежане пишете "главоболието се ...". Ако някой фактор влошава едно, а подобрява друго, отбележете точно - например, срещу ядене пишете "подобрява главоболието, но влошава болката в корема". Тази информация е от първостепенно значение за Вашето излекуване. Моля, отговорете подробно и без да бързате, а при следващата ни среща наблегнете на най-важните неща. Ако трябва, върнете се два-три пъти, за да не забравите нещо.*

Фактор	Ефект	Фактор	Ефект
<input type="checkbox"/> жега		<input type="checkbox"/> гледане: -нагоре	
<input type="checkbox"/> студ		<input type="checkbox"/> -надолу	
<input type="checkbox"/> дъжд		<input type="checkbox"/> -от високо	
<input type="checkbox"/> слънце		<input type="checkbox"/> -движещи предмети	
<input type="checkbox"/> облачно		<input type="checkbox"/> на море	
<input type="checkbox"/> мъгла		<input type="checkbox"/> на планина	
<input type="checkbox"/> гръмотевици		<input type="checkbox"/> (внезапен) шум	
<input type="checkbox"/> сезони		<input type="checkbox"/> музика	
<input type="checkbox"/> смяна на сезона		<input type="checkbox"/> светлина	
<input type="checkbox"/> топла баня		<input type="checkbox"/> миризми	
<input type="checkbox"/> студена баня		<input type="checkbox"/> дефекация: -преди	
<input type="checkbox"/> ходене		<input type="checkbox"/> -по време на	
<input type="checkbox"/> тичане		<input type="checkbox"/> -след	
<input type="checkbox"/> изкачване		<input type="checkbox"/> - запек	
<input type="checkbox"/> слизане		<input type="checkbox"/> - разстройство	
<input type="checkbox"/> Возене:		<input type="checkbox"/> уриниране: -преди	
<input type="checkbox"/> -в кола		<input type="checkbox"/> -по време на	
<input type="checkbox"/> -в кораб		<input type="checkbox"/> -след	
<input type="checkbox"/> -в самолет		<input type="checkbox"/> изпотпяване	
<input type="checkbox"/> Лежане:		<input type="checkbox"/> смях	
<input type="checkbox"/> -по корем		<input type="checkbox"/> Говорене	
<input type="checkbox"/> -по гръб		<input type="checkbox"/> четене	

<input type="checkbox"/> -наляво	<input type="checkbox"/> писане
<input type="checkbox"/> -надясно	<input type="checkbox"/> навеждане
<input type="checkbox"/> седене	<input type="checkbox"/> пред важна среща
<input type="checkbox"/> стоене	<input type="checkbox"/> преди изпит
<input type="checkbox"/> Мензис: -преди	<input type="checkbox"/> гняв
<input type="checkbox"/> -по време на	<input type="checkbox"/> притеснение
<input type="checkbox"/> -след	<input type="checkbox"/> тъга
<input type="checkbox"/> Ако не ядете	<input type="checkbox"/> плач
<input type="checkbox"/> след ядене	<input type="checkbox"/> утешаване
<input type="checkbox"/> пиене	<input type="checkbox"/> тъпла
<input type="checkbox"/> секс	<input type="checkbox"/> затворена стая
<input type="checkbox"/> прах	<input type="checkbox"/> мисли за болести
<input type="checkbox"/> дим	<input type="checkbox"/> ново/пълнолуние
<input type="checkbox"/> докосване	<input type="checkbox"/> сутрин
<input type="checkbox"/> натиск	<input type="checkbox"/> по обед
<input type="checkbox"/> масаж	<input type="checkbox"/> следобед
<input type="checkbox"/> стегнати дрехи	<input type="checkbox"/> вечер
<input type="checkbox"/> Спане: -преди	<input type="checkbox"/> нощем
<input type="checkbox"/> -по време на	<input type="checkbox"/> къпане
<input type="checkbox"/> -след	<input type="checkbox"/> течение (въздух)
<input type="checkbox"/> -липса на сън	<input type="checkbox"/> дъвчене
<input type="checkbox"/> -следобеден сън	<input type="checkbox"/> гледка на кръв
<input type="checkbox"/> кашляне, кихане	<input type="checkbox"/> насаме
<input type="checkbox"/> мокри крака	<input type="checkbox"/> в компания
<input type="checkbox"/> физич. усилие	<input type="checkbox"/> гълтане
<input type="checkbox"/> Оригване	<input type="checkbox"/> прозяване

Спане и сънища:

Поза на спане; има ли поза, в която не можете да спите?
Сънливост
Безсъние

По време на сън:

<input type="checkbox"/> хъркане
<input type="checkbox"/> скърцане със зъби
<input type="checkbox"/> изтичане на слюнка
<input type="checkbox"/> изпотяване
<input type="checkbox"/> отворена уста
<input type="checkbox"/> отворени очи
<input type="checkbox"/> неспокойствие
<input type="checkbox"/> мятане
<input type="checkbox"/> стенене

<input type="checkbox"/> говорене
<input type="checkbox"/> ходене
<input type="checkbox"/> плач
<input type="checkbox"/> отвиване цяло
<input type="checkbox"/> отвиване части (кои)
<input type="checkbox"/> стряскане
<input type="checkbox"/> будене (защо)
<input type="checkbox"/> друго

Сънища: Отбележете сънищата, които сънувате по-често, а ако има съвсем типични, подчертайте с червено:

<input type="checkbox"/> животни	<input type="checkbox"/> разбойници	<input type="checkbox"/> Пътешествия	<input type="checkbox"/> къщи	<input type="checkbox"/> смърт (чия)
<input type="checkbox"/> куче-котка	<input type="checkbox"/> крадци	<input type="checkbox"/> Возене	<input type="checkbox"/> плодове	<input type="checkbox"/> мъртъвци
<input type="checkbox"/> коне	<input type="checkbox"/> тревога	<input type="checkbox"/> Летене	<input type="checkbox"/> дървета	<input type="checkbox"/> умрели хора
<input type="checkbox"/> диви животни	<input type="checkbox"/> страх	<input type="checkbox"/> Плуване	<input type="checkbox"/> вода	<input type="checkbox"/> части от тела
<input type="checkbox"/> змии	<input type="checkbox"/> призрци	<input type="checkbox"/> Давене	<input type="checkbox"/> сняг	<input type="checkbox"/> самоубийство

<input type="checkbox"/> че сте жадни <input type="checkbox"/> че пиете <input type="checkbox"/> че сте гладни <input type="checkbox"/> че ядете	<input type="checkbox"/> огън <input type="checkbox"/> светкавици <input type="checkbox"/> бури <input type="checkbox"/> дъжд	<input type="checkbox"/> Злополуки <input type="checkbox"/> Падане <input type="checkbox"/> Стрелба <input type="checkbox"/> Война	<input type="checkbox"/> говорене <input type="checkbox"/> пеене <input type="checkbox"/> танцуване <input type="checkbox"/> приятни неща	<input type="checkbox"/> бизнес, пари <input type="checkbox"/> работа: <input type="checkbox"/> от деня, <input type="checkbox"/> забравена
<input type="checkbox"/> повръщане <input type="checkbox"/> дефекация <input type="checkbox"/> уриниране <input type="checkbox"/> кървене	<input type="checkbox"/> романтични <input type="checkbox"/> сексуални <input type="checkbox"/> изнасилване <input type="checkbox"/> голота	<input type="checkbox"/> Болка <input type="checkbox"/> Болести <input type="checkbox"/> Призляване <input type="checkbox"/> Осакатяване	<input type="checkbox"/> молитви <input type="checkbox"/> религиозни <input type="checkbox"/> храмове <input type="checkbox"/> църкви, Бог	<input type="checkbox"/> неуспехи <input type="checkbox"/> изпускане влак <input type="checkbox"/> провал изпит <input type="checkbox"/> неподготвен
<input type="checkbox"/> скръб <input type="checkbox"/> плач, ядове <input type="checkbox"/> кавги <input type="checkbox"/> ревност <input type="checkbox"/> обиди	<input type="checkbox"/> полиция <input type="checkbox"/> затваряне <input type="checkbox"/> престъпление <input type="checkbox"/> убийство <input type="checkbox"/> отравяне	<input type="checkbox"/> Нещастия <input type="checkbox"/> Несигурност <input type="checkbox"/> Опасности <input type="checkbox"/> Преследване <input type="checkbox"/> -кой, защо	<input type="checkbox"/> физ. усилие <input type="checkbox"/> умств. усилие <input type="checkbox"/> каталясване <input type="checkbox"/> цветни	<input type="checkbox"/> събития: <input type="checkbox"/> -далечни <input type="checkbox"/> -близки <input type="checkbox"/> бъдеще <input type="checkbox"/> пророчески
<input type="checkbox"/> Хора <input type="checkbox"/> Деца <input type="checkbox"/> Празници	<input type="checkbox"/> Други (опишете подробно)			

Психическо състояние:

Всеки знае, че психиката има огромно влияние върху тялото. За правилното лечение е абсолютно необходимо да разберем Вашето емоционално и умствено състояние. Само така можем да Ви лекуваме цялостно.

Въпросите, които ще срещнете по-долу, се задават с цел да Ви разберем колкото се може по-добре. Моля, отговорете искрено, внимателно и подробно. Информацията, получена от Вас, ще ни помогне да определим правилно Вашето лечение, така че то да Ви действа благотворно на всички нива - умствено, емоционално и физическо.

Премълчаването на важни неща може да ни заблуди и да попречи на лечението Ви.

Отговорете искрено. Отговорете внимателно. Отговорете пълно.

➤ Притеснявате ли се? За какво? Как се чувствате когато сте притеснени?
<input type="checkbox"/> изпотяване на дланите
<input type="checkbox"/> сърцебиене
<input type="checkbox"/> свиване на корема
<input type="checkbox"/> прималяване
<input type="checkbox"/> негативни мисли
<input type="checkbox"/> друго
➤ Имате ли някакви страхове? Какви?
➤ Недоверчиви и подозрителни ли сте? На какви теми?
➤ Ревниви ли сте? Към какво и кого?
➤ Какви симптоми се появяват, когато изпитвате ревност?
➤ Нетърпеливи ли сте? Припчени ли сте? При какви случаи?
➤ Ако някой е наранил чувствата Ви, колко време помните, можете ли да простите? А да забравите? Имате ли понякога желание за отмъщение?
➤ С какво се гордеете? Гордостта Ви може ли да бъде наранена лесно?
➤ Депресирани ли сте? Склонни ли сте често към черни мисли?
➤ Мислили ли сте за самоубийство?
➤ Кога и защо?
➤ По какъв начин сте смятали да го сторите?
➤ Страхувате ли се от смъртта?

➤ Какво Ви носи радост и Ви оправя настроението?
➤ Мислите ли често за секс? Какво по-точно?
➤ Спохождат ли Ви неприятни мисли? Какви и кога?
➤
➤ Чувате ли гласове, или че някой Ви вика по име? Случва ли се нещо друго от този род, което да Ви тревожи?
➤
➤ Изневерява ли Ви паметта? За какво?
➤ Плачете ли? Колко лесно? За какво?
➤ Как се чувствате, след като сте плакали?
➤ Как се отнасяте към съчувствие и опити за утешаване?
➤ Раздразнителен ли сте и от какво?
➤ Гневлив ли сте и от какво?
➤ Какво правите, когато се ядосате? Какви телесни симптоми се появяват?
<input type="checkbox"/> <i>треперене</i>
<input type="checkbox"/> <i>изпотяване</i>
<input type="checkbox"/> <i>зачервяване</i>
<input type="checkbox"/> <i>друго</i>
➤ Обичате ли компания или предпочитате самотата?
➤ Имате ли непоносимост към някого? Опишете подробно.
➤ Подреден ли сте или разпилян?
➤ Как Ви влияе липсата на ред?
➤ Гнусливи ли сте, придирчиви ли сте и за какво - дайте примери.
➤
➤ Кои са най-големите скърби в живота Ви?
➤ А най-големите радости?
➤ Какво най-много обичате да правите?
➤ А какво не обичате да правите?
➤ Какво харесвате и не харесвате у себе си?
➤ Какво Ви тревожи и въпреки всичко не можете да го промените?
➤ А у хората, с които живеете?
➤ Има ли някой, който да Ви носи често отрицателни емоции?
➤ Опишете ясно и кратко ситуацията в семейството си, на работата си, с приятелите си и колегите си.
• <i>семейство/роднини</i>
• <i>работа /училище /колеги</i>
• <i>приятели</i>
➤ Има ли нещо, което не бихте признали пред никого, дори пред себе си?
<input type="checkbox"/> да
<input type="checkbox"/> не
➤ Ако имате право само на три желания, какви ще бъдат те?
1.
2.
3.

Край