**ELŐZETES EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRŐ ADATLAP**

**dietetikai konzultációhoz**

|  |
| --- |
| **Páciens adatok:** |
| Neve |  | Testmagassága |   |
| Anyja neve |  | Testtömege |  |
| Születési ideje |  |  |  |

 állami

|  |
| --- |
| **Aktuális panaszai, újonnan diagnosztizált betegségei:** |
| Kérjük, sorolja fel, jelenleg milyen céllal, milyen panasz(ok) miatt kéri dietetikus segítségét. |  |

|  |
| --- |
| **Korábban diagnosztizált betegségei:** |
| Ha van krónikus betegsége vagy gondozást igénylő állapota (pl. magas vérnyomás, szívinfarktus, hasnyálmirigyet, májat, epét, bélrendszert, vesét érintőbetegség, cukorbetegség stb.), kérjük sorrendben (lehetőleg évszámokkal együtt) felsorolni. |  |
| Voltak-e korábbi sérülései, műtétei? Ha igen, kérjük, sorolja fel. |  |
| Volt-e COVID fertőzése?  |  |
| Kapott-e oltást? Ha igen hány alkalommal? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Családban előforduló** **érdemi krónikus betegségek:** |  |
| Kérjük felsorolni a családban előforduló krónikus betegségeket (pl. magas vérnyomás, szívinfarktus, hasnyálmirigyet, májat, epét, bélrendszert, vesét érintőbetegség, cukorbetegség). |
| Anya betegségei |  |
| Anyai nagyszülők, nagynénik, nagybácsik |  |
| Apa betegségei |  |
| Apai nagyszülők, nagynénik, nagybácsik |  |
| Testvér(ek) betegségei |  |

|  |
| --- |
| **További előzmények:** |
| Milyen gyógyszert, étrendkiegészítőt szed állandóan? |  |
| Van-e *(csillaggal, H v. L betűvel, + v. – jellel jelölt)* eltérés a legfrissebb laboreredményében? Ha igen, kérjük sorolja fel, a mért értékekkel együtt. |  |
| Tud-e ételallergiáról, egyéb (pl. pollen, gyógyszer) allergiáról, vagy gyanakszik-e ezekre? |  |

|  |
| --- |
| **Táplálkozással kapcsolatos kérdések:** |
| Jelenleg diétázik-e? Amennyiben diétát tart, annak megnevezése, jellege: | nem |

*Séra Bernadett Enikő dietetikus, okl. táplálkozástudományi szakember
+36205666049,* *erzsebetdental@gmail.com*