

Functional Weight Loss Practitioner | Yoga Teacher

✉ sunshineyogabyeva@gmail.com

☎ 973-873-1301

FUNKCIONÁLIS ORVOSLÁS KLIENS BEVETETŐ ADATLAP – FUNKCIONÁLIS SÚLYCSÖKKENTÉS

Kliens adatai

Teljes név: _____

Születési dátum: _____ Életkor: _____ Nem: ☐ Férfi ☐ Nő

Lakcím: _____

Város: _____ Megye: _____ Irányítószám: _____

Telefonszám: _____ Email: _____

Foglalkozás: _____

Vészhelyzeti kontakt: _____ Telefonszám: _____

Célok és elvárások

1. Mi a fő célja a funkcionális súlycsökkentési támogatás igénybevételének?

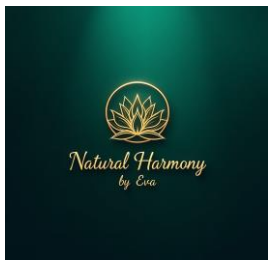
2. Mi a kívánt testsúly vagy testösszetétel célja?

3. Mennyi időn belül szeretné elérni ezt a célt?

4. Dolgozott már korábban funkcionális vagy integratív orvoslással foglalkozó szakemberrel? ☐ Igen ☐ Nem

5. Mennyire elszánt a súlycsökkentést illetően egy 1–10-es skálán?
(1 = egyáltalán nem elszánt, 10 = teljes mértékben elszánt)

Kórtörténet



Functional Weight Loss Practitioner | Yoga Teacher

✉ sunshineyogabyeva@gmail.com

☎ 973-873-1301

Kérjük, sorolja fel az ismert betegségeket (pl. pajzsmirigy alulműködés, PCOS, cukorbetegség, inzulinrezisztencia):

Jelenlegi gyógyszerei (adja meg az adagolást és az okát is):

Jelenlegi étrend-kiegészítők (adja meg az adagolást és gyakoriságot is):

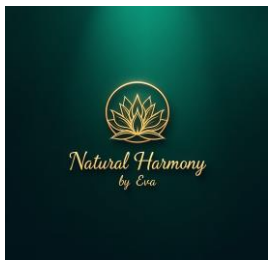
Ismert allergiák vagy ételérzékenységek:

Korábbi műtétek vagy jelentősebb kórházi kezelések:

Testsúly és életmód

1. Testsúlytörténet

- Jelenlegi testsúly: _____ Magasság: _____
- Legnagyobb felnőttkori testsúly: _____ Életkor: _____
- Legalacsonyabb felnőttkori testsúly: _____ Életkor: _____



Functional Weight Loss Practitioner | Yoga Teacher

✉ sunshineyogabyeva@gmail.com

☎ 973-873-1301

- Tapasztalt már jelentős testsúlyingadozást? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, kérjük, részletezze: _____

2. Táplálkozási szokások

- Kérem, írja le jelenlegi étkezési szokásait , alkohol es kave is (tipikus ételek, nassolás stb.):

- Követett korábban valamilyen speciális étrendet? (pl. ketogén, low-carb, vegán):

- Követi a kalóriabevitelét vagy makrotápanyagokat? ☐ Igen ☐ Nem

3. Emésztőrendszeri egészség

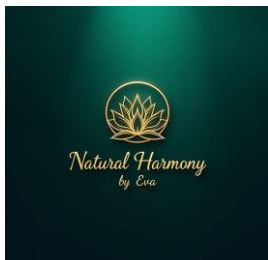
- Milyen gyakran van széklete? _____ naponta/hetente
- Tapasztal emésztési tüneteket? (pl. puffadás, gáz, reflux, székrekedés)
☐ Igen ☐ Nem Ha igen, részletezze: _____

4. Fizikai aktivitás

- Mozgás gyakorisága: _____
- Milyen típusú mozgást végez: _____
- Élvezi a fizikai aktivitást? ☐ Igen ☐ Nem

5. Alvás és energiaszint

- Alvásórák száma éjszakánként: _____
- Alvás minősége: ☐ Kiváló ☐ Jó ☐ Közepes ☐ Gyenge
- Kipihenten ébred? ☐ Igen ☐ Nem
- Napi energiaszint (1–10): _____



Functional Weight Loss Practitioner | Yoga Teacher

✉ sunshineyogabyeva@gmail.com

☎ 973-873-1301

6. Stressz és mentális egészség

- Stressz szintje (1–10): _____
 - Fő stresszforrások: _____
 - Tapasztal érzelmi evést vagy falásrohamokat? ☐ Igen ☐ Nem
 - Diagnosztizálták már depresszióval vagy szorongással? ☐ Igen ☐ Nem
-

Hormonális egészség (ha releváns)

- Nőknél: Rendszeresek a menstruációs ciklusai? ☐ Igen ☐ Nem

NEM Válasz esetén részletezze::

- Volt már diagnosztizálva PCOS, endometriózis vagy egyéb hormonális zavar? ☐ Igen ☐ Nem

IGEN Válasz esetén részletezze:

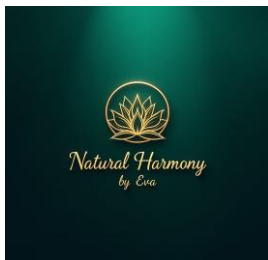
- Férfiaknál: Tapasztal problémát libidóval, izomtömeggel vagy hangulattal? ☐ Igen ☐ Nem

IGEN Válasz esetén részletezze:

Funkcionális orvosi értékelés

1. Tapasztalja az alábbiak bármelyikét?

- ☐ Cukor iránti vágy
- ☐ Fáradtság étkezések után



Functional Weight Loss Practitioner | Yoga Teacher

✉ sunshineyogabyeva@gmail.com

☎ 973-873-1301

- ☐ "Agyköd", koncentrációs nehézség
- ☐ Nehézség a fogyásban diéta/mozgás ellenére is
- ☐ Hideg kéz/láb
- ☐ Hajhullás vagy hajritkulás
- ☐ Száraz bőr
- ☐ Gyakori vizezés vagy szomjúság
- ☐ Hangulatingadozás
- ☐ Alacsony motiváció vagy lendület

2. Volt-e a közelmúltban laborvizsgálata? ☐ Igen ☐ Nem

Kérjük, csatolja vagy hozza magával az alábbi vizsgálatok eredményeit:

CBC, CMP, HbA1c, Lipid panel, Pajzsmirigy, Hormonok, CRP, D-vitamin, stb.

Kliens nyilatkozata és aláírásTudomásul veszem, hogy ez az adatlap kizárólag információgyűjtés céljából készült, és a funkcionális orvoslás szemléletű gondozás irányítására szolgál. Elismerem, hogy ez nem helyettesíti az orvosi diagnózist vagy kezelést engedéllyel rendelkező orvos részéről.

Adatvédelmi nyilatkozat / Privacy Statement

Adataidat bizalmasan kezelem, harmadik fél számára nem adom ki. Az itt megadott információk kizárólag a személyre szabott tanácsadás célját szolgálják. Az adatkezelés a GDPR (2016/679/EU rendelet) előírásainak megfelelően történik.

Dátum / Date: _____

Aláírás / Signature: _____

Kérlek, töltsd ki ezt az adatlapot, és küldd vissza legkésőbb a konzultációt megelőző 24 óráig az alábbi e-mail címre: sunshineyogabyeva@gmail.com