

Palun märkige Teid puudutav ristiga:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peavalu
<i>kui tihti?</i> | <input type="checkbox"/> Pidev väsimus | <input type="checkbox"/> Põskkoopa probleemid |
| <input type="checkbox"/> Kange kael | <input type="checkbox"/> Seljavalu | <input type="checkbox"/> Probleemid lõualuudega |
| <input type="checkbox"/> Peapööritus | <input type="checkbox"/> Skolioos | <input type="checkbox"/> Kilpnäärme probleemid |
| <input type="checkbox"/> Tasakaalu kaotamine | <input type="checkbox"/> Puusa-/ jalavalu | <input type="checkbox"/> Aneemia |
| <input type="checkbox"/> Minestamine | <input type="checkbox"/> Osteoporoos | <input type="checkbox"/> Diabeet |
| <input type="checkbox"/> Kohin kõrvades | <input type="checkbox"/> Õla/ käe probleemid | <input type="checkbox"/> Madal veresuhkur |
| <input type="checkbox"/> Närvilisus/ külm higi | <input type="checkbox"/> Krooniline köha | <input type="checkbox"/> Südame probleemid |
| <input type="checkbox"/> Depressioon | <input type="checkbox"/> Raskused hingamisel | <input type="checkbox"/> Kusepidamatus |
| | <input type="checkbox"/> Valu rinnakorvis | <input type="checkbox"/> Neeruprobleemid |

Verevarustuse häired:

- 'Sipelgad' kätes
 'Sipelgad' jalgades

Vererõhk:

- Kõrge
 Madal

Krooniline:

- kõhukinnisus
 kõhulahtisus

Eesnäärme probleemid

Nahaprobleemid

Allergia *mille suhtes?* _____

Toidutalumatus *mille suhtes?* _____

Puukentsefaliit *millal?* _____

Puukborrelioos *millal?* _____

Prillid/ kontaktläätsed? *Millal Te viimati kontrollis käsite?* _____

Autoõnnetus/ traumaatiline sündmus _____

Operatsioonid *millised ja mis aastal?* _____

Kukkumised/ Luumurrud _____

Peatraumad _____

Milliseid ravimeid Te regulaarselt tarvitate?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vererõhu | <input type="checkbox"/> Kilpnäärme |
| <input type="checkbox"/> Antidepressante | <input type="checkbox"/> Valuvaigisteid |
| <input type="checkbox"/> Muu _____ | |

Sport/ kehaline tegevus:

- Üldse mitte Natuke Mõõdukas Intensiivne

palun kirjeldage? _____

- Kas Teie uni on rahulik?** Jah Ei
- Millises asendis Te magate?** Selili Külili Kõhuli Erinevas

Harjumused:

- Suitsetamine** *mitu päevas?* _____
- Alkohol** *kui palju nädalas?* _____
- Kohv** *mitu tassi päevas?* _____
- Vesi** *kui palju päevas?* _____

- Kas hindate oma toitumist tervislikuks?** Jah Ei

Peale söömist tunnete end:

- Paremini Väsinuna Normaalselt

- Kas olete rahul oma hetke kaaluga?** Jah Ei

- Kas Teil on esinenud äkilist kehakaalu langust?** Jah Ei

- Kas olete märganud väljaheites verd?** Jah Ei

Milline on Teie eesmärk?

- Parandada üldist heaolekut
- Ravida põhiprobleemi
- Hoida ja nautida head tervist

Vaimse/ emotsionaalse stressi ning traumade ajalugu:

- Korduv füüsiline vaegus Peresisesed pinged Kõrge stressitase tööl
- Vaimne/ emotsionaalne kuritarvitamine *lapsepõlves või praegu?* _____
- Füüsiline vägivald Seksuaalne kuritarvitamine
- Tunnete varjamine Raske lahutus Lähedase kaotus
- Alkoholi/ uimastite kuritarvitamine

Märkused: _____

Naistele:

- Hetkel rase (*palun täitke ära ka rasedatele mõeldud vorm*) Tähtaeg _____
- Sünnitused (*laste sünniaastad/ sünnitusprotsess*) _____
- _____
- Toidate rinnaga Rasedusvastased vahendid _____
- Valulik menstratsioon Ebaregulaarne menstratsioon
- Menopaus (*millal algas?*) _____