

Здравствуйте!

Меня зовут Юлия Воронова.

Я дипломированный доказательный нутрициолог.

Спасибо, что обратились за консультацией. Чтобы она прошла максимально эффективно, пожалуйста, заполните и пришлите мне эту анкету.

🤾 1. Даваі	те познаком	имся!	
1.1 Ваши	имя и фамилия	я:	
1.2. Возра	CT:		
1.3. Мест	э жительства:		

1.4 Ваш e-mail:
1.5 Род занятий:
1.6 Ваш вес (кг). Укажите, пожалуйста, довольны ли Вы своим весом:
1.7 Рост (см):
1.8 Ваш основной запрос для обращения:
Укажите один основной запрос, с которым мы будем работать
1.9 Оцените Вашу готовность вносить изменения в Ваш рацион и повседневные привычки:
○ Готов к любым переменам 🂪
Готов частично/постепенно ♠
Совсем не готов 😟
2. Ваша энергия и самочувствие
Уровень энергии
Отметьте вариант, лучше всего описывающий ваш текущий уровень энергии:

○ Низкий — вообще нет энергии 😧
Пониженный — энергии хватает на пару часов ♀
Средний — энергии хватает на половину дня ≅
○ Повышенный — начинаю уставать ближе к вечеру
○ Высокий — энергии хватает на весь день 😜
🏃 Насколько активный у Вас образ жизни?
Отметьте один вариант, лучше всего отражающий Вашу текущую активность:
Малоподвижный — преимущественно сидячий образ жизни □
ОУмеренная активность — немного движения ∱
Средняя активность — сбалансированный ритм ⅔
ОАктивный — регулярные занятия спортом ✓
○ Высокоактивный — интенсивные нагрузки и движение 🧏
3. Ваше питание
3.1 Что Вас беспокоит в Вашем питании и привычках (коротко)?
3.2 Какой сейчас у Вас тип питания?
3.2 Какой сейчас у Вас тип питания? Смешанный тип
Смешанный тип

Молочные	
Мясо	
^р ыба	
Яйца	
4 Ваше отношение к сладостям? Как часто Вы ед	ите их?
.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн 4. Ваш сон и уровень стресса	
 3.4 Ваше отношение к сладостям? Как часто Вы ед 3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн 4. Ваш сон и уровень стресса 4.1 Время отхода ко сну и время пробуждения: 	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн 4. Ваш сон и уровень стресса	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн 4. Ваш сон и уровень стресса 4.1 Время отхода ко сну и время пробуждения:	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дн 4. Ваш сон и уровень стресса	

усталым 😫	
полным энерг	ии 🔸
• Уровень еже	дневного стресса
Отметьте урог	вень, лучше всего соответствующий Вашему текущему состоянию:
🔵 😔 Минималь	ный уровень стресса
🔵 🙂 Низкий стр	pecc
🦳 😐 Умеренныі	й стресс
О № Высокий с ⁻	гресс
🔵 😣 Постояннь	ій ежедневный стресс
% 5. Что чу	вствует Ваше тело сейчас?
Отметьте ниж	е, если симптом был в течение последних 3 месяцев
Отметьте ниж	е, если симптом был в течение последних 3 месяцев
	месяцев
Отёчность	месяцев
Отёчность Тусклая кожа Акне, высыпа	месяцев
Отёчность Тусклая кожа Акне, высыпа Псориаз / де	месяцев а ния, прыщи
Отёчность Тусклая кожа Акне, высыпа Псориаз / де Регулярные б	месяцев ания, прыщи рматит / нейродермит / экзема
Отёчность Тусклая кожа Акне, высыпа Псориаз / де Регулярные б Боли в верхно	месяцев ания, прыщи рматит / нейродермит / экзема боли в животе
Отёчность Тусклая кожа Акне, высыпа Псориаз / де Регулярные б Боли в верхна	месяцев ания, прыщи рматит / нейродермит / экзема боли в животе ей части живота м подреберье

(1	перечислите диагнозы или причину симптомов)?
Б	ывает ли у Вас изжога?
О Д	a
) H	Іет
	егулярный ли у Вас стул? (один или более раз в день, без оли и неприятных ощущений)
О Д	ja
) H	Іет
Б	ывают ли у Вас запоры?
О Д	ja
) H	Іет
	Іногда
Б	ывает ли у Вас жидкий несформированный стул?
О Д	a
) H	Іет
	Іногда
X	арактерно ли для Вас вздутие? (регулярное)
О Д	ja
	Іет

	🍍 6. Состояние здоровья
	6.1 Пожалуйста, отметьте, если у Вас наблюдаются указанные состояния или имеются эти диагнозы:
	Сахарный диабет
	Повышенный холестерин
	Повышенное давление (гипертония)
	Атеросклероз
	Инфаркт
	Инсульт
	Сердечный приступ
	Иные диагнозы (укажите, пожалйста, их ниже)
	6.2 Заболевания или хронические особенности здоровья
]	6.2 Заболевания или хронические особенности здоровья Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек):
]	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев,
	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев,
	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек):
	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек): 6.3 Бывают ли у Вас регулярные головные боли?
	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек): 6.3 Бывают ли у Вас регулярные головные боли? Да (пожалуйста, опишите ниже причину или диагноз)
	Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек): 6.3 Бывают ли у Вас регулярные головные боли? Да (пожалуйста, опишите ниже причину или диагноз) Нет

	(блок анкеты, обязательный для женщин)
,	7.1 Регулярный ли у Вас цикл?
),	Да
)]	Нет
	7.2 Были ли у Вас выкидыши, прерванные беременности (пожалуйста, ниже укажите количество)?
•	7.3 Есть ли у Вас дети? Укажите количество.
),	7.4 Бывают ли у Вас болезненные менструации? Да Нет
,	7.5 Имеются ли у Вас нарушения менструального цикла
),	Да
)]	Нет
	7.6 Есть ли у Вас известные диагнозы, связанные с женским здоровьем (пожалуйста, напишите ниже)?







