

## Здравствуйте!

Меня зовут Юлия Воронова.

Я дипломированный доказательный нутрициолог.

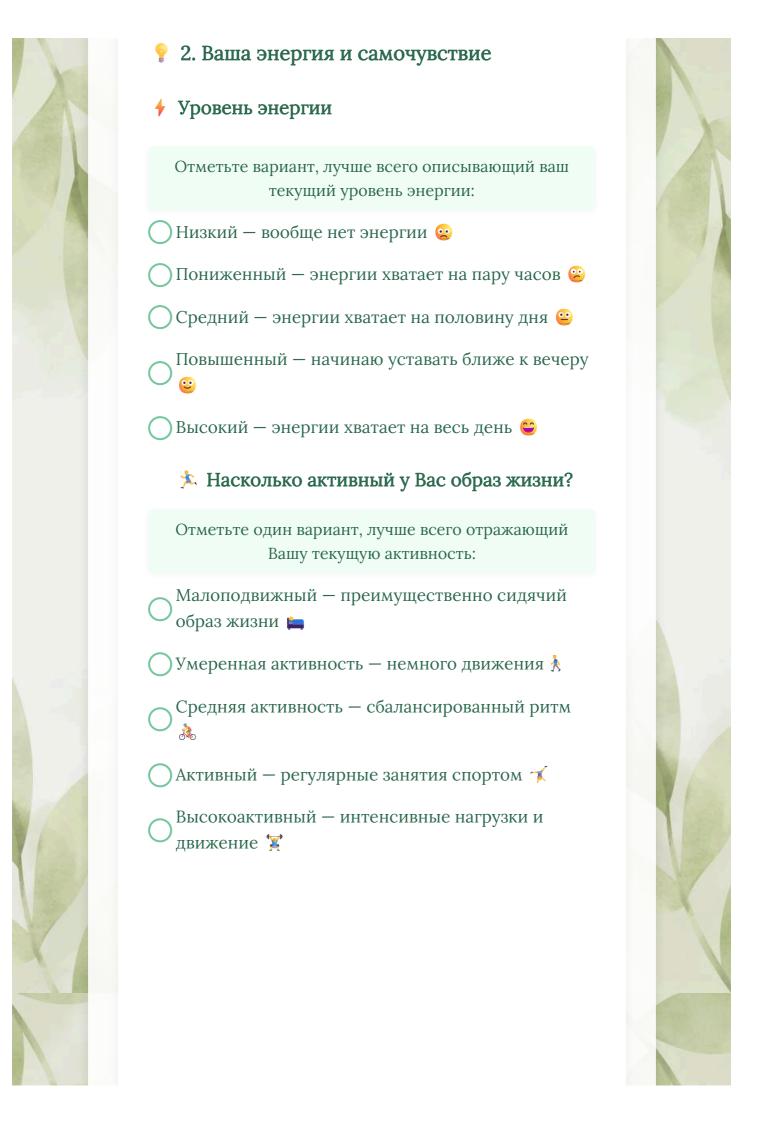
Спасибо, что обратились за консультацией.

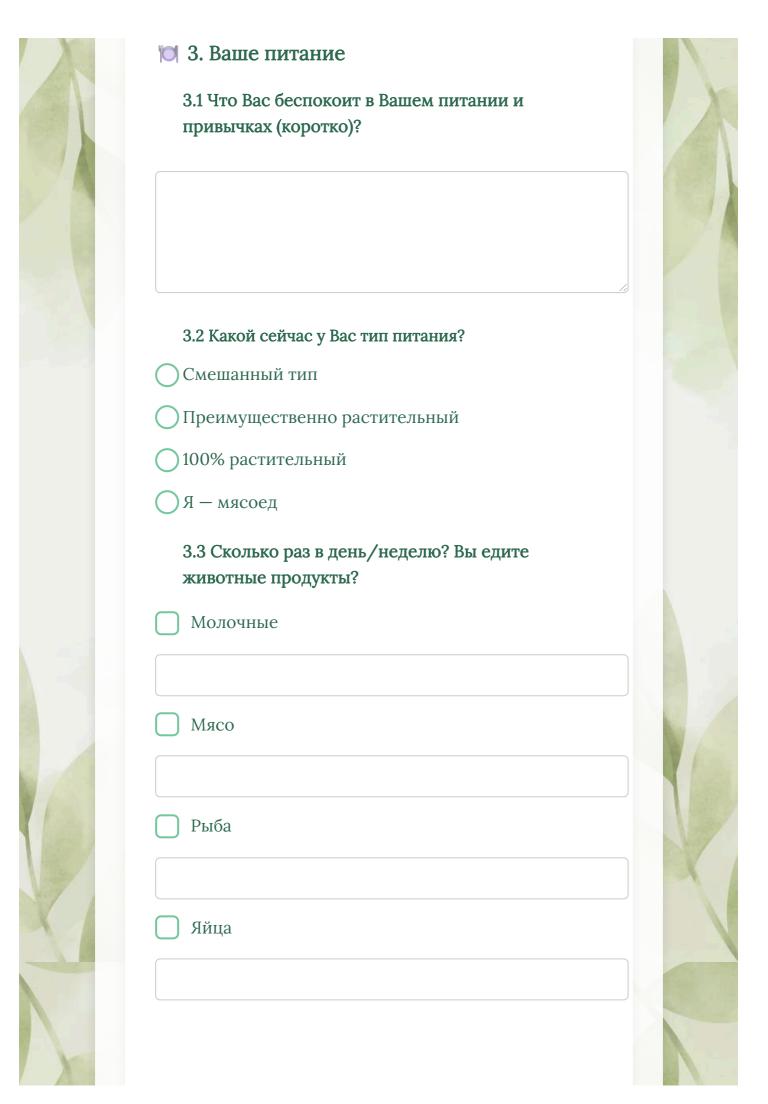
Чтобы она прошла максимально эффективно,

пожалуйста, заполните и пришлите мне эту анкету.

1. Давайте познакомимся!	
1.1 Ваши имя и фамилия:	
1.2. Возраст:	

1.3. Место жи	ительства:	
1.4 Ваш е-та	il:	
1.5 Род занят	ий:	
1.6 Ваш вес (н ли Вы своим	кг). Укажите, пожалуйста, довольны в весом:	I.
1.7 Рост (см):		
1.8 Ваш осно	<mark>рвной</mark> запрос для обращения:	
	сновной запрос, с которым мы будем	
работать		
1.9 Оцените В	Зашу готовность вносить изменения в	
	и повседневные привычки:	
	ым переменам 🂪	
О Готов частич	но/постепенно 🚗	
Совсем не го	отов 😧	





3.4 Ваше отношение к сладостям? Как часто Вы едите их?	
3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дня?	
늘 4. Ваш сон и уровень стресса	
4.1 Время отхода ко сну и время пробуждения:	
4.2 Легко ли Вы засыпаете?	
4.3 Вы просыпаетесь чаще всего?	
усталым ધ	
○полным энергии 🔸	V
Уровень ежедневного стресса	
Отметьте уровень, лучше всего соответствующий Вашему текущему состоянию:	N. Carlotte
○ € Минимальный уровень стресса	
<ul><li>Умеренный стресс</li></ul>	
○ № Высокий стресс	
🦳 😣 Постоянный ежедневный стресс	

	<sup>⋯</sup> 5. Что чувствует Ваше тело сейчас?	A
	Отметьте ниже, если симптом был в течение последних 3 месяцев	
	Отёчность	
	Тусклая кожа	
	Акне, высыпания, прыщи	
	Псориаз / дерматит / нейродермит / экзема	
	Регулярные боли в животе	
	Боли в верхней части живота	
	Боли в правом подреберье	
	Боли в левом подреберье	
	Боли внизу живота	
	Знаете ли Вы, с чем это связано, или есть ли у Вас диагнозы (перечислите диагнозы или причину симптомов)?	Ag
	Бывает ли у Вас изжога?  Да	
	<b>Нет</b>	
	Регулярный ли у Вас стул? (один или более раз в день, без боли и неприятных ощущений)	
A	Да	

	<u>Нет</u>	
	Бывают ли у Вас запоры?	
	Да	
	<b>Нет</b>	
	<b>О</b> Иногда	
	Бывает ли у Вас жидкий несформированный стул?	
	Да	
	<b>Нет</b>	
	<b>О</b> Иногда	
	Характерно ли для Вас вздутие? (регулярное)	
	Да	
	<b>Нет</b>	
	🝍 6. Состояние здоровья	
	6.1 Пожалуйста, отметьте, если у Вас наблюдаются указанные состояния или имеются эти диагнозы:	Y
100	Сахарный диабет	VA
	Повышенный холестерин	
	Повышенное давление (гипертония)	N.
7	Атеросклероз	
	Инфаркт	
	Пнсульт	
	Сердечный приступ	
A	Пные диагнозы (укажите, пожалйста, их ниже)	

6.2 Заболевания или хронические особенности здоровья Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушев	
6.3 Бывают ли у Вас регулярные головные боли	?
Да (пожалуйста, опишите ниже причину или диагноз)	
) Нет	
6.4 Оцените свой иммунитет	
У меня достаточно крепкий иммунитет	
Частые простуды, ослабленный иммунитет	
•	
7. Женское здоровье	
<ul><li>7. Женское здоровье</li><li>(блок анкеты, обязательный для женщин)</li></ul>	
-	
(блок анкеты, обязательный для женщин)	
(блок анкеты, обязательный для женщин) 7.1 Регулярный ли у Вас цикл?	

7.3 Есть ли у Вас дети? Укажите количество.	
7.4 Бывают ли у Вас болезненные менструаци	и?
Да	
Нет	
7.5 Имеются ли у Вас нарушения менструалы цикла?	ного
Да	
Нет	-
7.6 Есть ли у Вас известные диагнозы, связанные женским здоровьем (пожалуйста, напишите них	
Дополнительные комментарии	