



Data: **19/08/2025**

Naturopatia e Medicina Natural

2 Nome do Paciente:	Data de Nascimento:	
Adélia Maria Farinha Fatela	23/03/1953	19/08/2025
Pestana Bastos		

DECLARAÇÃO COMPLETA DE ESTADO DE SAÚDE

Esta declaração inclui todas as perguntas do formulário e as respostas fornecidas pelo paciente.

B DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE B

Consultório de Naturopatia e Medicina Natural

2 Nome: Adélia Maria Farinha Fatela Pestana Bastos

Data de Nascimento: 23/03/1953

Data da Declaração: 19/08/2025

Consultório: BioDesk Natural Health

ী Histórico de Saúde Natural

Já consultou algum naturopata ou terapeuta natural anteriormente?

() sim Sim

() nao Não

Terapias naturais já experimentadas:

[] NÃO Fitoterapia (plantas medicinais)

[] NÃO Homeopatia
[] NÃO Acupuntura
[] NÃO Quiroprática
[] NÃO Osteopatia
[] NÃO Reflexologia
[] NÃO Aromaterapia
[] NÃO Reiki/Terapias energéticas
[] NÃO Massoterapia
[] NÃO Yoga/Meditação
Suplementos naturais/Fitoterápicos em uso:
Condições de Saúde Existentes
Condições de Saúde Existentes Tem ou já teve alguma das seguintes condições?
Tem ou já teve alguma das seguintes condições?
Tem ou já teve alguma das seguintes condições?
Tem ou já teve alguma das seguintes condições? [] NÃO Diabetes [] NÃO Hipertensão
Tem ou já teve alguma das seguintes condições? [] NÃO Diabetes [] NÃO Hipertensão [] NÃO Problemas Cardíacos
Tem ou já teve alguma das seguintes condições? [] NÃO Diabetes [] NÃO Hipertensão [] NÃO Problemas Cardíacos [] NÃO Problemas Digestivos
Tem ou já teve alguma das seguintes condições? [] NÃO Diabetes [] NÃO Hipertensão [] NÃO Problemas Cardíacos [] NÃO Problemas Digestivos [] NÃO Problemas Respiratórios

[] NAO Problemas Articulares
[] NÃO Problemas de Pele
[] NÃO Ansiedade/Depressão
[] NÃO Problemas de Sono
() nenhuma Não tenho nenhuma dessas condições de saúde
Outras condições não mencionadas:
Tem alergias ou sensibilidades conhecidas?
() sim Sim
() nao Não
() desconhece Desconheço
Tipos de alergias/sensibilidades:
[] NÃO Plantas Medicinais
[] NÃO Óleos Essenciais
[] NÃO Alimentos
[] NÃO Medicamentos
[] NÃO Látex
[] NÃO Metais
[] NÃO Produtos Químicos
[] NÃO Ambientais (pólen, ácaros)
Especifique as alergias e reações:

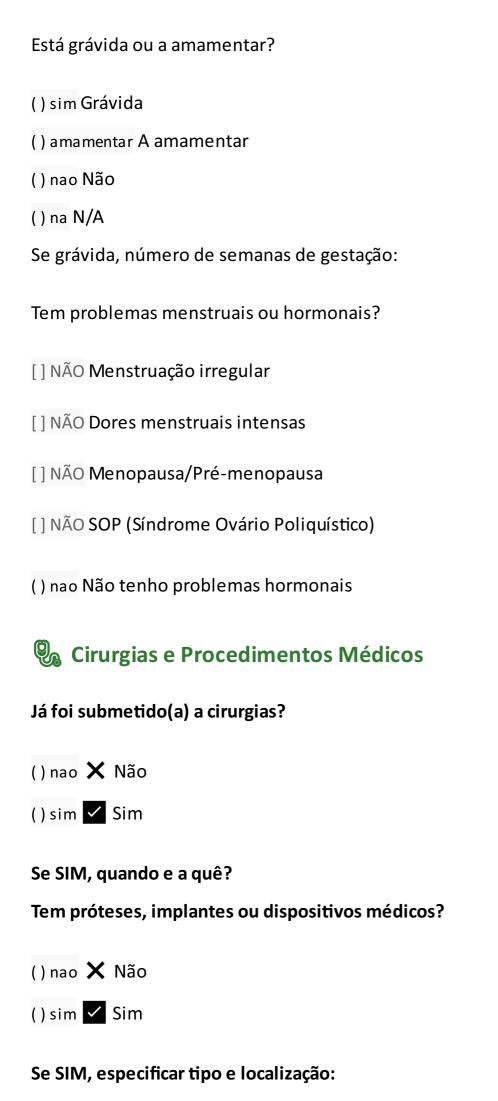
Medicação Convencional

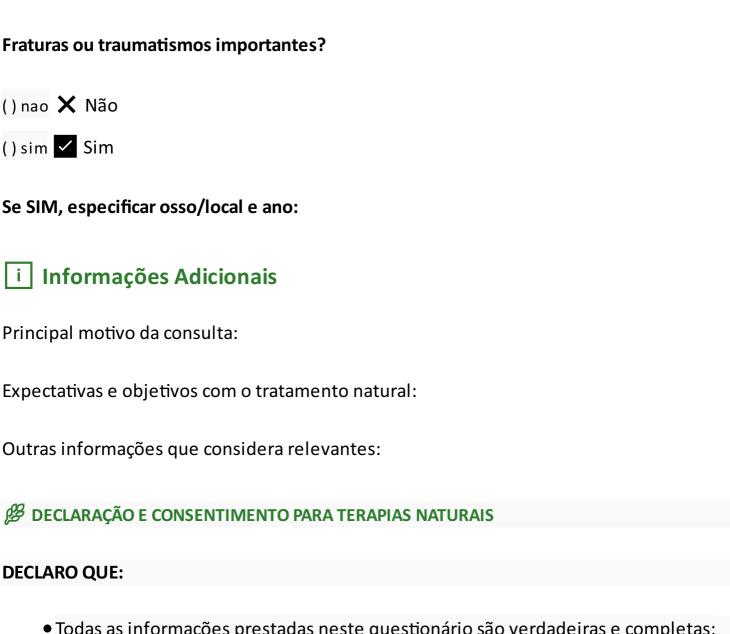
O
Medicação atual prescrita por médico:
Toma anticoagulantes ou medicação para o coração?
() sim Sim
() nao Não
Se sim, quais?
Hábitos Alimentares e Estilo de Vida
Tipo de alimentação que segue:
[] NÃO Omnívora
[] NÃO Vegetariana
[] NÃO Vegana
[] NÃO Sem Glúten
[] NÃO Sem Lactose
[] NÃO Cetogénica
[] NÃO Mediterrânica
[] NÃO Macrobiótica
Restrições ou preferências alimentares específicas:
Consome álcool?
() nao Não

() ocasional Ocasionalmente

() regular Regularmente
Fuma ou já fumou?
() nao Nunca fumei
() ex-fumador Ex-fumador
() sim Sim
Pratica exercício físico regularmente?
() nao Não
() pouco 1-2x/semana
() moderado 3-4x/semana
() intenso 5+x/semana
& Bem-estar Mental e Emocional
Níveis de stress no dia-a-dia:
() baixo Baixo
() moderado Moderado
() alto Alto
() muito-alto Muito Alto
Qualidade do sono:
() excelente Excelente
() bom Bom
() regular Regular
() mau Mau
() mad ividu
Principais objetivos com a terapia natural:







- Todas as informações prestadas neste questionário são verdadeiras e completas;
- Não omiti qualquer informação relevante sobre o meu estado de saúde;
- Compreendo que a naturopatia é uma terapia complementar e não substitui o acompanhamento médico quando necessário;
- Estou ciente de que as terapias naturais podem ter efeitos de desintoxicação e/ou ajustamento inicial;
- É da minha responsabilidade informar imediatamente sobre qualquer alteração no meu estado de saúde;
- Mantenho o acompanhamento médico regular quando indicado pelo meu médico assistente;
- Autorizo o naturopata a contactar o meu médico assistente caso seja necessário;
- Fui informado(a) sobre as limitações e benefícios das terapias naturais;

 Consinto que os meus dados pessoais sejam tratados exclusivamente para fins terapêuticos, em conformidade com o RGPD.

COMPROMETO-ME A:

- Seguir todas as recomendações e protocolo natural prescrito;
- Comunicar imediatamente qualquer reação ou alteração durante o tratamento;
- Comparecer às consultas de seguimento conforme recomendado;
- Informar sobre qualquer mudança na minha medicação, suplementação ou estado de saúde;
- Manter um estilo de vida saudável como parte integrante do tratamento;
- Ser paciente com o processo natural de cura, que pode levar tempo.

TOMEI CONHECIMENTO

[] NÃO Confirmo que li, compreendi e aceito todas as condições descritas nesta Declaração de Estado de Saúde.

- Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e completas
- Compreendo as limitações e benefícios das terapias naturais
- Aceito a responsabilidade de seguir as recomendações terapêuticas
- Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para fins terapêuticos (RGPD)

⚠ Esta declaração só será válida após a confirmação acima e as respetivas assinaturas

Assinaturas

Assinatura do Paciente

Data: 19/08/2025

Assinatura do Naturopata

Data: 19/08/2025

Respostas do Formulário

Declaração baseada no formulário interativo - dados específicos conforme preenchimento do paciente.

B DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O paciente declara ter fornecido informações verdadeiras e completas sobre o seu estado de saúde, compreende as limitações e benefícios das terapias naturais, e consente no tratamento naturopático proposto. Esta declaração foi preenchida de forma consciente e voluntária.

- **Todas as informações prestadas são verdadeiras e completas**
- Compreendo que a naturopatia é complementar ao acompanhamento médico
- Autorizo o tratamento dos dados pessoais conforme RGPD
- Comprometo-me a seguir as recomendações terapêuticas
- Comunicarei qualquer alteração no meu estado de saúde

ASSINATURAS

Assinatura do Paciente

Adélia Maria Farinha Fatela
Pestana Bastos

B Assinatura do Naturopata

Nuno Correia

19 de agosto de 2025

Assinado digitalmente

BIODESK - Sistema de Gestão Naturopata | Documento gerado em 19/08/2025