



## Анкета

Контактные данные	
ФИО	
E-mail	
Номер телефона	
Дата рождения	
Город проживания	
Ваши данные	
Рост	
Вес	
Вес стабилен («Да»)/«Нет»)	
Телосложение (худощавость/норма/ полнота)	
Информация здоровья	
Принимаете ли Вы противозачаточные препараты?	
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	
Беременны ли Вы? Подозреваете беременность?	
Имеются ли Вас нарушение менструального цикла, климакс?	
Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты на постоянной основе? (Если «Да», то какие?)	
Принимаете ли Вы какие-либо нелекарственные препараты, витамины, травы, БАДы?	
Есть ли у Вас аллергия? (Если «Да», то на что?) Как проявляется?	
Если ли у Вас проблемы с желудочно-кишечным трактом? Как часто у Вас стул?	
Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда?	

(Если «Да», то какими?)	
Употребляете ли Вы стимуляторы нервной системы?: - Кофе; - Энергетики; - Сигареты; (Если «Да», то какие и как часто?)	
Имеются ли у Вас патологии? (диабет, желчнокаменные болезни и т.д.)	
<b>Информация активности</b>	
Занимаетесь ли Вы спортом? (Если «Да», то каким, сколько раз в неделю?)	
Характер Вашей работы?: - подвижная; - сидячая	
<b>Дополнительная информация</b>	
Опишите подробнее в свободной форме свое состояние здоровья на сегодняшний день. Что Вас беспокоит?	