



**6.** Jaka jest Pana/Pani obecna waga i wzrost?

Waga.....kg

Wzrost.....cm

**7.** Czy uprawia Pan(i) jakikolwiek rodzaj aktywności fizycznej (np. jazda na rowerze, bieganie, aerobik, pływanie, spacerowanie rekreacyjne, yoga itp.) lub czy wykonuje Pan(i) pracę fizyczną?

Nie → jeśli nie, proszę przejść do pytania nr 10

Tak → jeśli tak, proszę podać jaki to rodzaj aktywności:

.....

**8.** Ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) aktywność fizyczną?

1 - 2 razy w tygodniu

3 - 4 razy w tygodniu

więcej niż 4 razy w tygodniu

1 - 3 razy w miesiącu

**9.** Ile przeciętnie trwa Pana/Pani wysiłek fizyczny?

poniżej 15 minut

15 - 30 minut

30 - 60 minut

..... dziennie

**10.** Czy w ostatnich trzech dniach jadł(a) Pan(i) ryby, owoce morza lub ryż?

Nie

Tak →  ryby

owoce morza

ryż

**11.** Czy w okresie ostatniego roku przyjmował(a) Pan(i) systematycznie suplementy diety lub witaminy?

Nie

Tak → bardzo proszę uzupełnić tabelę poniżej:

	Nazwa	Rozpoczęcie przyjmowania (miesiąc i rok)	Zakończenie przyjmowania (miesiąc i rok)	Dawka
1	Selen			
2	Magnez			
3	Żelazo			
4	Cynk			
5	Miedź			
6	Potas			
7	Tran			
8	Kwas foliowy			
9	Witamina A			
10	Witamina B			
11	Witamina C			
12	Witamina D <sub>3</sub>			
13	Witamina K <sub>2</sub>			
14	Witamina E			
15	Inne.....			

**12.** Czy choruje bądź chorował(a) Pan(i) na choroby przewlekłe zdiagnozowane przez lekarza?

Stan medyczny	Wiek diagnozy	Nazwa przyjmowanych leków	Data rozpoczęcia przyjmowania leków	Data zakończenia przyjmowania leków
<input type="checkbox"/> Osteoporoza				
<b>Choroby tarczycy:</b> <input type="checkbox"/> Niedoczynność <input type="checkbox"/> Nadczynność <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Graves-Basedova				
<input type="checkbox"/> Podwyższony cholesterol				
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze				
<b>Cukrzyca:</b> <input type="checkbox"/> Typu I <input type="checkbox"/> Typu II <input type="checkbox"/> Insulinooporność <input type="checkbox"/> Ciężowa				
<b>Choroby serca:</b> <input type="checkbox"/> Kardiomiopatia <input type="checkbox"/> Dusznica bolesna <input type="checkbox"/> Atak serca				
<input type="checkbox"/> Zakrzepica				
<input type="checkbox"/> Udar				
<input type="checkbox"/> Choroba Leśniowskiego-Crohna/wrzodzące zapalenie jelita grubego				
<b>Choroby układu moczowego/ rozrodczego:</b> <input type="checkbox"/> Zakażenie dróg moczowych <input type="checkbox"/> Mięśniaki macicy <input type="checkbox"/> Endometrioza <input type="checkbox"/> PCOS (zespół policystycznych jajników)				
<b>Zaburzenia natury psychicznej:</b> <input type="checkbox"/> Depresja <input type="checkbox"/> Niepokój <input type="checkbox"/> Demencja				
<input type="checkbox"/> Inne, jakie:				

# WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY

**1.** Czy kiedykolwiek przeszła Pani zabieg usunięcia piersi, macicy, jajników bądź jajowodów?

- Nie  
 Tak → jeśli tak, bardzo proszę zaznaczyć co, oraz wpisać datę
- usunięcie prawej piersi, data operacji .....  usunięcie lewej piersi, data operacji.....  
 usunięcie dwóch piersi jednocześnie, data operacji .....  
 usunięcie macicy (jajniki pozostawione), data operacji .....  
 usunięcie jajników (macica pozostawiona), data operacji .....  
 usunięty jeden jajnik, data operacji .....  
 usunięta macica i jajniki, data operacji .....  
 inny zabieg: ..... data operacji .....

**2.** Czy Pani miesiączkuje?

- Tak  
 Nie  
 → Ile miała Pani lat, gdy przestała miesiączkować? .....lat  
 → Jaki był powód ustania miesiączki?
- ciąża  
 naturalna menopauza  
 usunięcie macicy  
 usunięcie jajnika  
 usunięcie dwóch jajników  
 usunięcie jajników i jajowodów  
 usunięcie macicy, jajników i jajowodów  
 leki, chemioterapia  
 inny powód: .....

**3.** Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani środki antykoncepcyjne?

- Nie  
 Tak → bardzo proszę uzupełnić tabelę

	<b>Rozpoczęcie</b> przyjmowania (miesiąc i rok)	<b>Zakończenie</b> przyjmowania (miesiąc i rok)	Nazwa preparatu	Rodzaj
1				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
2				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
3				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
4				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry

**4.** Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani hormonalną terapię zastępczą?

- Nie  
 Tak → bardzo proszę uzupełnić tabelę

	<b>Rozpoczęcie</b> przyjmowania (miesiąc i rok)	<b>Zakończenie</b> przyjmowania (miesiąc i rok)	Nazwa preparatu	Rodzaj
1				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
2				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
3				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry
4				<input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> plastry