

## KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY

Wszystkie informacje, które przekażesz nam w niniejszym kwestionariuszu traktujemy jako informacje poufne.

Jeśli na niektóre pytania nie chcesz odpowiadać, rozumiemy, nie musisz nam na nie odpowiadać.

Możesz jednak sam/a się nad nimi zastanowić, bo mogą być istotne podczas pracy z ciałem.

Data wypełniania kwestionariusza :

.....  
.....

Imię i Nazwisko

.....  
.....

Telefon :

.....  
.....

Rok urodzenia : .....

### CZĘŚĆ I – ANALIZA HISTORII MEDYCZNEJ I STYLU ŻYCIA

Zawód:

Czy któreś z poniższych czynności sprawiają Ci trudność?:

Siedzenie za biurkiem

Stanie

Chodzenie

Jazda samochodem

Noszenie ciężkich przedmiotów

Czy uważasz swoją pracę raczej za :

Stresującą Aktywną Siedzącą

Czy uprawiasz jakąś regularną aktywność fizyczną?

Czy jesteś pod opieką jakiegoś lekarza-specjalisty?

Podkreśl odpowiednie odpowiedzi TAK / NIE przy każdym z pytań – jeśli dotyczą Twojej sytuacji

Czy masz/miałeś problemy z sercem                      TAK / NIE

Czy kiedykolwiek odczuwałeś ból w klatce piersiowej wykonując ćwiczenia fizyczne                      TAK / NIE

Czy masz zbyt wysokie lub zbyt niskie ciśnienie                      TAK / NIE

Czy miewasz zaburzenia równowagi, zawroty głowy lub czy zdarzają Ci się omdlenia                      TAK / NIE

Czy masz migreny                      TAK / NIE

Czy miewasz często drętwienia, mrowienia (w spoczynku lub wykonując ćwiczenia fizyczne)                      TAK / NIE

Czy cierpisz na jakiegokolwiek bóle mięśni lub stawów                      TAK / NIE

Czy cierpisz na bóle pleców                      TAK / NIE

Czy miałeś jakieś wypadki, urazy, upadki, skręcenia, złamania, oparzenia (w dzieciństwie, w wieku młodzieńczym, w wieku dorosłym? )

.....  
Czy masz gdzieś bliźnię                      TAK / NIE

Czy byłeś lub jesteś w ciąży                      TAK / NIE

Czy urodziłeś dziecko                      TAK / NIE

Czy masz regularne miesiączki?                      TAK / NIE

Czy czujesz, że masz wystarczającą ilość snu                      TAK / NIE

Czy bierzesz na stałe jakieś lekarstwa                      TAK / NIE

Czy byłeś leczony na którąkolwiek z poniżej wymienionych chorób (podkreśl proszę odpowiednią):

anemia, astma, zapalenie oskrzeli, nowotwór, cukrzyca, epilepsja, depresja, otyłość, reumatyzm, udar mózgu (niedokrwienno lub krwotoczny), zawał serca, dyskopatia, osteoporoza, stwardnienie rozsiane, zanik mięśni, nietrzymanie moczu

Czy masz inną stwierdzoną chorobę?

Czy masz stwierdzone dysfunkcje w układzie ruchu?

Czy wiesz o jakichkolwiek przeciwwskazaniach do ćwiczeń fizycznych?

