|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Tarczyca/Przytarczyca** |
|  |  | Czy miewasz zimne dłonie i stopy? |
|  |  | Czy łatwo jest Ci przybrać na wadze a zarazem ciężko ją zrzucić ? |
|  |  | Czy masz słaby pęcherz (częste oddawanie moczu, infekcje)? |
|  |  | Czy masz niski poziom energii ? |
|  |  | Czy doświadczasz symptomów depresji? |
|  |  | Czy łatwo się irytujesz? |
|  |  | Czy Twoje ciało łatwo ulega posiniaczeniu? |
|  |  | Czy miewasz skurcze mięśni? |
|  | Jak się pocisz? ( w nadmiarze, normalnie, słabo czy może wcale ?)- wybierz jedną z opcji |
|  |  | Czy miewasz nieregularne bicie serca? |
|  |  | Czy miewasz szmery serca? |
|  |  | Czy miewasz bóle głowy lub migreny? |
|  |  | Czy miałeś/aś kiedyś tętniaka? |
|  |  | Czy testy laboratoryjne wskazują na niski poziom wapnia? |
|  |  | Czy wykryto u Ciebie niską mineralną gęstość kości ? |
|  |  | Czy masz osteoporozę?  |
|  |  | Czy masz skoliozę? |
|  |  | Czy masz inne poważne problemy z kręgosłupem albo wypadnięty dysk? |
|  |  | Czy masz „prążkowane”, łamliwe albo słabe paznokcie ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś przepuklinę lub hemoroidy?  |
|  |  | Czy masz jakieś „wypadające” organy ? |
|  |  | Czy masz żylaki albo „pajączki” na nogach ? |
|  |  | Czy Twoje nogi czują się zmęczone albo zdrętwiałe po spacerze? |
|  |  | Czy zostałeś zdiagnozowany z Hashimoto lub zapaleniem gruczołu tarczowego? |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Trzustka** |
|  |  | Czy widzisz w swoim stolcu niestrawione resztki pokarmu (nie licząc ziaren kukurydzy) ? |
|  |  | Czy po posiłku masz wrażenie, że pokarm zbyt długo przebywa w żołądku ? |
|  |  | Czy masz zgagę ? |
|  |  | Czy doświadczasz „gazów” po posiłku ? |
|  |  | Czy jesteś chudy i masz problem z przybraniem na wadze? |
|  |  | Czy miewasz często rozwolnienie ? |
|  |  | Czy masz „pieprzyki” na skórze ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Nadnercza (rdzeń)** |
|  |  | Jaka jest Twoja aktualna waga ciała oraz wzrost ? |
|  |  | Czy masz stwardnienie rozsiane, Parkinsona albo jakiś typ paraliżu ?  |
|  |  | Czy jesteś nadmiernie wstydliwy z natury ?  |
|  |  | Czy doświadczasz ataków paniki albo stanów lękowych? |
|  |  | Czy masz problemy ze spaniem albo bezsenność ? |
|  |  | Czy miewasz drgawki, albo syndrom niespokojnych nóg? |
|  |  | Czy doświadczasz szumu albo „dzwonienia” w uszach ? |
|  |  | Czy masz niski poziom cukru (hipoglikemia) ? |
|  |  | Czy masz cukrzycę ? (wysoki poziom cukru) Jeśli tak, to którego typu ( I czy II)? |
|  |  | Czy masz arytmię serca? |
|  |  | Czy doświadczasz zjawiska „płytkiego oddechu” ? (czyli problemu ze złapaniem oddechu) ? |
|  |  | Czy jesteś dotknięty „chronicznym zmęczeniem” ? |
|  |  | Czy byłeś/aś zdiagnozowany/na chorobą Addisona lub przerostem nadnerczy?  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Nadnercza (kora)** |
|  |  | Czy masz podwyższony poziom cholesterolu ? |
|  |  | Czy masz niskie poziomy steroidów lub kortyzolu? |
|  |  | Czy masz artretyzm, zapalenie torebki stawowej ? |
|  |  | Czy doświadczasz innych stanów zapalnych w organizmie? Proszę o wyszczególnienie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Pytania tylko dla Pań** |
|  |  | Czy doświadczasz nieregularnej menstruacji ?  |
|  |  | Czy doświadczasz nadmiernego krwawienia w trakcie menstruacji ? |
|  |  | Czy miałaś lub masz torbiel jajników ? |
|  |  | Czy miałaś lub masz mięśniaki macicy? |
|  |  | Czy masz lub miałaś endometriozę ? |
|  |  | Czy masz fibromalgię lub sklerodermię ? |
|  |  | Czy doświadczasz bólu piersi w czasie menstruacji ? |
|  |  | Czy miałaś zabieg usunięcia macicy ? (Jeśli tak to : częściowy czy całkowity?) |
|  |  | Czy miałaś usunięte inne organy albo gruczoły? Jeśli tak to jakie ? |
|  |  | Czy masz problem z zajściem w ciążę ? |
|  |  | Czy jesteś aktualnie w ciąży ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Pytania tylko dla Panów** |
|  |  | Czy masz zapalenie prostaty (częste oddawania moczu, szczególnie w nocy) ? |
|  | Jeśli tak, to jak często oddajesz mocz ? |
|  |  | Czy masz raka prostaty ? Jeśli tak to jakie masz stężenie PSA ? |
|  |  | Czy masz przerost jąder ? |
|  |  | Czy masz nadmierny lub niski popęd płciowy ? |
|  |  | Czy masz problemy z erekcją? |
|  |  | Czy doświadczasz przedwczesnego wytrysku ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Układ pokarmowy** |
|  |  | Czy masz nieżyt żołądka, zapalenie jelita grubego lub zapalenie uchyłków? Jeśli tak to które z nich ? |
|  |  | Czy powierzchnia Twojego języka jest biała, żółta, zielona albo brązowa (szczególnie rano) ? Zaznacz kolor/y |
|  |  | Czy masz gastroparezę? (spowolnione opróżnianie żołądka)? |
|  |  | Czy masz przepuklinę rozworu przełykowego? |
|  |  | Czy miewasz zatwardzenie ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś wrzody żołądka albo jelit ? |
|  |  | Czy masz chorobę Crohna ? |
|  |  | Czy masz albo czy miałeś/aś jakiś rodzaj raka przewodu pokarmowego? Jaki? |
|  |  | Czy masz jeszcze jakieś dolegliwości układu pokarmowego? Jakie? |
|  | Ile razy dziennie i ile razy w tygodniu się średnio wypróżniasz ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Wątroba/woreczek żółciowy/krew** |
|  |  | Czy masz problem z trawieniem tłuszczu ? |
|  |  | Czy miałeś/aś zapalenie wątroby ? Jeśli tak to którego typu ? |
|  |  | Czy tłuszcze albo nabiał powodują wzdęcia i/lub ból w obszarze żoładka? |
|  |  | Czy Twój stolec przyjmuje barwę białą albo jasnobrązową? |
|  |  | Czy doświadczasz bólu środkowej części kręgosłupa (szczególnie po posiłku) ? |
|  |  | Czy doświadczasz bólu z tyłu prawego, dolnego obszaru żeber ? |
|  |  | Czy masz brązowe plamy albo „plamy wątrobowe” na skórze (nie mylić z piegami) ? |
|  |  | Czy masz jakąś inną pigmentację na skórze ? Jaką? |
|  |  | Czy masz jakieś problemy skórne ? Jeśli tak to uwyszczególnij  |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś anemię ? |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Serce i cyrkulacja** |
|  |  | Czy miewasz bóle klatki piersiowej albo anginę ? |
|  |  | Czy miałeś/aś atak serca ? |
|  |  | Czy masz lub miałaś wysokie ciśnienie krwi ? |
|  |  | Czy miewasz wrażenia nacisku na klatce piersiowej? |
|  |  | Czy masz arytmię serca? |
|  |  | Czy miewasz szmery serca lub wypadanie płatka zastawki dwudzielnej? |
|  |  | Czy miałeś/aś operację na otwartym sercu ? |
|  |  | Czy miewasz kłujący ból gdziekolwiek na ciele (szczególnie w okolicach serca) ? Gdzie? |
|  |  | Czy masz rozrusznik serca albo stent ? Jeśli tak to sprecyzuj gdzie. |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Płuca** |
|  |  | Czy masz lub miałaś/eś zapalenie oskrzeli ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś astmę? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś rozedmę płuc? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś przewlekłą obstrukcyjną chorobę płuc? |
|  |  | Czy używasz inhalatorów lub atomizatora ? Jak często oraz jaki rodzaj? |
|  |  | Czy znasz poziom saturacji (tlenem) swojej krwi ? |
|  |  | Czy odczuwasz ból w czasie oddychania? |
|  |  | Czy doświadczasz bólu podczas głębokiego wdechu ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś raka pluc? |
|  |  | Czy masz zapadnięcie płuca? |
|  |  | Czy miałeś kiedyś zapalenie płuc? |
|  |  | Czy pracowałeś/aś kiedyś z toksycznymi chemikaliami albo w kopalni węgla ? |
|  |  | Czy często kaszlesz? Jeśli tak to czy odrywa się flegma ? W jakim kolorze? |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Skóra** |
|  |  | Czy miewasz wysypki skórne? |
|  |  | Czy masz skazę skórną ? |
|  |  | Czy masz trądzik, egzemę albo zapalenie skóry? Jeśli tak to które z nich? |
|  |  | Czy masz łuszczycę? |
|  |  | Czy masz w którymś miejscu na skórze uciążliwe swędzenie ? Gdzie? |
|  |  | Czy masz suchą skórę? |
|  |  | Czy Twoja skóra jest nadmiernie tłusta? |
|  |  | Czy masz lub miewasz łupież? |
|  |  | Czy masz jeszcze jakieś inne problemy skórne ? Jakie? |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Układ limfatyczny** |
|  |  | Czy wypadają Ci włosy, łysiejesz albo nie masz zupełnie włosów na głowie ? Zaznacz |
|  |  | Czy masz powiększone węzły chłonne ? |
|  |  | Czy miałeś/aś usuwane jakieś węzły chłonne ? W jakim miejscu? |
|  |  | Czy miałeś/aś usuwane migdałki ? W jakim wieku? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś wolę ( tarczycy)? |
|  |  | Czy masz lub miałaś/eś problem z zapamiętywaniem rzeczy? (problemy z pamięcią) |
|  |  | Czy masz słaby lub niedoczynny układ odpornościowy? |
|  |  | Czy w swoim życiu byłeś/aś dotknięty/ta przez grypę ? Ile razy w roku? |
|  |  | Czy masz fibromalgię lub sklerodermię ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś zapalenie gardła ? Jak często? |
|  |  | Czy masz problemy z zatokami? |
|  |  | Czy miałeś/aś wycinany wyrostek robaczkowy ? Kiedy? |
|  |  | Czy miałeś/aś zapalenie wyrostka robaczkowego ? Kiedy? |
|  |  | Czy miałeś/aś nowotwór ? Jeśli tak to jaki rodzaj ? W którym miejscu? |
|  |  | Czy miewasz czyraki, pryszcze i tym podobne? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś zapalenie tkanki łącznej (skórnej ?) |
|  |  | Czy miałeś/aś ropnie? |
|  |  | Czy miałeś/aś kiedyś dnę/skazę moczanową? (artretyzm) |
|  |  | Czy miałeś/aś niskie poziomy czerwonych krwinek ? |
|  |  | Czy doświadczasz „rozmytego obrazu” ? ( oczy) |
|  |  | Czy masz gęstą wydzielinę w oczach (szczególnie po przebudzeniu) ? |
|  |  | Czy chrapiesz? |
|  |  | Czy doświadczasz bezdechu sennego ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tak*** | ***Nie*** | **Nerki i pęcherz** |
|  |  | Czy miałeś/aś kiedyś zapalenie dróg moczowych ?  |
|  |  | Czy doświadczasz uczucia pieczenia podczas oddawania moczu ? |
|  |  | Czy masz problem z utrzymywaniem moczu ? |
|  |  | Czy miałeś/aś kiedyś kamienie nerkowe? |
|  |  | Czy masz podkrążone oczy (szczególnie rano) ? |
|  |  | Czy masz ograniczony przepływ strumienia moczu ? |
|  |  | Czy doświadczasz bólu albo skurczu w dolnych częściach kręgosłupa ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś rwę kulszową? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś stan zapalny nerek ? |
|  |  | Czy masz lub miałeś/aś zapalenie pęcherza? |

*Proszę o wypisanie nazw* ***leków****, które obecnie przyjmujesz*

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA LEKU** | **POWÓD STOSOWANIA** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

*Proszę o wypisanie nazw* ***suplementów lub ziół****, które obecnie przyjmujesz*

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPLEMENT/ZIOŁO** | **POWÓD STOSOWANIA** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

*Proszę o wypisanie swojej historii* ***operacji*** *oraz* ***zabiegów***

|  |  |
| --- | --- |
| **ZABIEG/OPERACJA** | **DATA PROCEDURY** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

 *Ile godzin snu potrzebujesz dziennie? Czy masz jakieś przerwy w spaniu lub doświadczasz w jego trakcie negatywnych doznań?Jakich?*

|  |
| --- |
| **SCHEMAT SNU** |
|  |

 *Proszę o wypisanie wszystkich substancji, na które masz* ***alergię****.*

|  |
| --- |
| **ALERGIE** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALKOHOL** | **KAWA** | **PAPIEROSY** |
| Jak często spożywasz alkohol? | Jak często spożywasz kawę? | Jak często palisz papierosy? |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Czy masz jeszcze dolegliwości, które nie zostały wymienione wcześniej?** |
|  |
| **Opisz swoją obecną dietę oraz dietę z ostatniego roku.** |
|  |
|  |

 **Jaki jest Twój główny cel wprowadzenia protokołu detoksykacyjnego?**

|  |
| --- |
|  |

***INFORMCJE DODATKOWE DO PROTOKOŁU DELUXE:

Jaka jest Twoja dokładna data, miejsce i godzina urodzenia?

Z którymi emocjami masz największe problemy? Co Cię trapi i z czym sobie nie radzisz w życiu? Czego chciałbyś się pozbyć, a co w sobie wzmocnić?
Jakie jest Twoje największe wyzwanie (wewnętrznie)?***

|  |
| --- |
|  |

 ***Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza!
Lukas Słowek EQUILIBRIUM
***