

## 07 – ВОПРОСЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Вы можете связаться с доктором **Карло Багутти**, консультантом Приза Лозанны, по следующим адресам и номерам:

Docteur Carlo Bagutti Vidy Med, Route de Chavannes 11, 1000 Lausanne 23 Suisse  
тел.: 41 21/ 622 87 00, факс: fax 41 21/622 87 02 e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch

**Фамилия и имя кандидата:**

**Дата рождения (день/месяц/год):**

**Анамнез:**

**Обращался/лась ли до этого кандидат/тка с какими-нибудь жалобами на здоровье?**

да   
нет

Диагноз:

**Родители**

**Мать**

ФИО:

Дата рождения:

Вес:

Рост:

**Отец**

ФИО:

Дата рождения:

Вес:

Рост:

**У кандидатки были уже первые месячные?**

да  нет

В каком возрасте появились первые месячные:

Отсутствуют ли месячные больше 3 месяцев?

да  нет

**Были ли у кандидата/тки травмы (хирургическое вмешательство)?**

да  нет

Если да, укажите дату и что именно:

**Аллергии:**

Есть ли аллергия на лекарства, продукты питания?

да  нет

Если да, уточните, на что:

**Отношение к еде:**

Существуют ли проблемы в отношении к еде у кандидата/тки

В настоящее время, в прошлом, или же у его/ее ближайших родственников?

да  нет

Если да, уточните:

**Тип питания:**

разнообразное

вегетарианское

без молочных продуктов

без/с малым содержанием углеводов

без жиров/ с малым содержанием жиров

иное (уточните)

**Количество порций фруктов/овощей в день**

От 0 до 1  от 1 до 2  от 2 до 3  от 3 до 4  от 4 до 5  5 и более

**Фамилия и имя кандидата:**

**Интенсивность физической активности**

В каком возрасте начал/ла заниматься танцем:

Количество часов занятий танцем в неделю (в среднем) за последний год:

**Образ Жизни**

Табакочурение

Никогда не курил/а  \_\_\_\_\_ иногда  \_\_\_\_\_ регулярно

Алкоголь

Никогда не пил/а  \_\_\_\_\_ иногда  \_\_\_\_\_ регулярно

**Лекарства:**

Принимает ли кандидат/тка лекарства, гомеопатические или фитотерапевтические средства?

да  нет

Если да, какие:

Принимал/а ли уже кандидат/тка следующие средства:

да  нет

Нужное подчеркнуть: анальгетики, успокоительные, слабительное, наркотики, анаболики, стимуляторы.

**Росто-весовые изменения:**

Укажите на прилагаемой диаграмме данные по весу и росту кандидата/кандидатки.

**Физическое обследование:**

Состояние здоровья кандидата/тки и, в частности, его/ее питание

удовлетворительное  хорошее  отличное

Вес: кг

Рост: см

Артериальное давление:

мм HG

Пuls: /мин.

**Место и дата:**

**Подпись врача:**

Фамилия и адрес лечащего врача (разборчиво, латинскими буквами для международной переписки при необходимости):

E-mail:

Телефон :

Факс: