

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

Табакокурение

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: