**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА**

**Данные, указанные в анкете строго конфиденциальны.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОСЫ:** | **ВАШИ ОТВЕТЫ:**  *(заполняйте в соответствующей графе. Если не хватает места, графа будет увеличиваться автоматически по мере заполнения):* |
| Ваше Ф.И.О. |  |
| Дата рождения: |  |
| Страна и город проживания: |  |
| Телефон для связи: |  |
| Skype: |  |
| Е-майл: |  |
| Ваш рост: |  |
| Ваш вес: |  |
| Какое(ие) заболевание(я) Вас беспокоит (ят)? |  |
| Какое медицинское лечение Вы получаете/ получили и когда? |  |
| Какое дополнительное / альтернативное лечение Вы получили/получаете и когда? |  |
| Помимо вышеперечисленных лечений, что Вы делаете для того, чтобы поддерживать здоровье в хорошей форме? |  |
| Ваше образование и специальность (нужное подчеркнуть или выделить): | 1. неоконченное среднее  2. среднее, средне-техническое  3. высшее  Специальность: |
| Работаете ли Вы по специальности? | 1. Да  2. Нет |
| Как Вы зарабатываете деньги?  Если Вы работаете по найму, кратко опишите за что Вам платит работодатель.  Если у Вас свой бизнес - за что Вам платят клиенты. |  |
| Напишите 5 самых важных целей, которые Вы поставили перед собой на ближайшее время. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| Были ли случаи заболевания раком в Вашей семье (дедушка, бабушка, родители, брат, сестра)? |  |
| Ваши жилищные условия: | 1. со всеми удобствами  2. без удобств (нет ванной, туалета)  3. живу в общежитии |
| Профессиональная вредность на работе: | 1. нет  2. да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать какая и сколько лет Вы проработали) |
| Вы состоите на диспансерном учете? | 1. у онколога  2. у уролога  3. у проктолога  4. у гинеколога  5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(другое заполнить) |
| Вас беспокоят частые инфекционно-воспалительные заболевания? | 1. нет  2. ангина, тонзиллит  3. гингивит, стоматит (воспаление десен или полости рта)  4. бронхиты, повторные воспаления легких. |
| Есть ли у Вас сахарный диабет? | 1. нет  2. да  3. не знаю |
| В данный момент принимаете ли Вы какие-либо лекарства? | 1. Нет  2. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать какие) |
| Вас беспокоит быстро наступающая или постоянная слабость, утомляемость? | 1. нет  2. более месяца  3. более 6 месяцев |
| Вы замечаете у себя подавленное настроение, безразличие к происходящему, депрессию? | 1. Нет  2. Да |
| Вы принимали гормональные препараты? | 1. нет  2. для стимуляции родов  3. с лечебной целью (в связи с каким-либо заболеванием) |
| Вас беспокоит бессонница? | 1. Нет  2. Да |
| Принимаете ли Вы снотворное? | 1. Нет  2. Постоянно  3. Иногда |
| У Вас были ушибы или травмы? | 1. Нет  2. Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать какие и год) |
| Когда Вы в последний раз проходили медосмотр? | 1. никогда не проходил(а)  2. проходил (а) менее года назад  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать у каких специалистов)  3. проходила более года назад\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать у каких специалистов) |
| Когда Вы в последний раз проходили флюорографию? | 1. менее года назад  2. более года назад |
| Вас беспокоят сердцебиения, перебои или боли в области сердца или за грудиной? | 1. нет  2. очень редко  3. при физической или эмоциональной нагрузке  4. часто |
| Вас беспокоит одышка при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице или при физической  нагрузке? | 1. нет  2. при незначительной нагрузке или подъеме на один этаж  3. только при большой физической нагрузке или длительной быстрой ходьбе |
| Вас беспокоят постоянно зябнущие ступни ног или чувство онемения? | 1. нет  2. иногда  3. часто или постоянно |
| Вас беспокоит боль при ходьбе в ногах, вынуждающая останавливаться и  пережидать ее исчезновение? | 1. нет  2. появляется через 500 метров  3. появляется через 300 метров и меньше |
| Вас беспокоят боли или онемение в руках или ногах, усиливающиеся ночью | 1. нет  2. да |
| Вас беспокоят шум или тяжесть в голове | 1. нет  2. редко  3. часто или постоянно |
| Опишите 3 самых больших постоянных источника стресса и проблем,  которые мешают Ваш жить счастливой и здоровой жизнью: |  |
| Какие проблемы или вопросы Вы ожидаете решить с помощью индивидуальной работы со мной (личного коучинга)? |  |
| Что Вы уже делали для того, чтобы разрешить эти проблемы и какой был результат? |  |
| Примерные сроки решения проблем: |  |
| Что произойдет, если проблемы не будут решены в срок? |  |
| Что произойдет, если проблемы не будут решены совсем? |  |
| Почему эти проблемы Вы хотите решить именно с моей помощью? |  |
| Почему мне стоит работать именно с Вами? |  |
| Вы ознакомились с Условиями работы по программам выздоровления и принимаете их (<http://www.rakneprigovor.ru/individualnye-programmy/usloviya-raboty>)? | 1. да  2. нет |

**Благодарю за заполнение анкеты.**

Пошлите заполненную анкету на электронную почту: rakneprigovor@rakneprigovor.ru

СПАСИБО!