**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 : ……………………………………. Waga …………………………… Wzrost ……………….

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

Zawód ………………………………………………………………………… Liczba godzin pracy w tygodniu : …………...……

Czy na któreś z poniższych czynności poświęcasz więcej niż 25 % swojego dziennego czasu :

* 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* (ewentualnie podaj dalsze szczegóły)**

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 cierpisz na chorobę lokomocyjną, klaustrofobię lub lęk wysokości ……………………………... TAK / NIE

Czy masz migreny ………………….…………………………………………………………………………………..………. TAK / NIE

Czy miewasz często bóle brzucha .………………………………………………………………………………………. TAK / NIE

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

Czy miewasz często skurcze w kończynach ……………………………………………………..………….………. TAK / NIE

Czy cierpisz na jakiekolwiek 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? ) …………………………..………………………………………….……….…… TAK / NIE

Czy miałeś jakieś zabiegi laserowe, zabiegi podologiczne, zabiegi dentystyczne lub inne inwazyjne zabiegi czy operacje lub długotrwałe terapie zastrzykowe……………………………………………………………..…. TAK / NIE

Czy masz gdzieś bliznę …………………………………………………………………………………………………… TAK / NIE

Czy masz tatuaż …………………………………………………………………………………..…………………..…… TAK / NIE

Czy byłaś lub jesteś w ciąży …………………………………….……………………………………………..………. TAK / NIE

Czy urodziłaś dziecko ……………………………………………………………………………………………..………. TAK / NIE

Czy masz okres regularnie? ………………………………………………….……………………………..……...… TAK / NIE

Czy czujesz, że masz wystarczająco snu ……………………………………………………….………..…….… TAK / NIE

O której godzinie najczęściej chodzisz spać ……………………………………………………………………………………..…………

W jakiej pozycji najczęściej zasypiasz, jak jest Ci wygodnie spać .. ………………………………..……………………………

Czy po obudzeniu czujesz się : wypoczęty /zmęczony /boli Cię… /czujesz napięcie twarzy …………….……

Czy palisz lub paliłeś papierosy............................................................................................ TAK / NIE

Czy poświęcasz czas na relaks............................................................................................. TAK / NIE

Czy pijesz alkohol częściej niż średnio jeden kieliszek wina na tydzień …………….……………… TAK / NIE

Czy często czujesz się zestresowany?................................................................................... TAK / NIE

Czy czujesz, że jesteś silną osobą ? ..................................................................................... TAK / NIE

Czy miałeś jakieś traumy emocjonalne ? ............................................................................. TAK / NIE

Czy często odczuwasz napięcie w szczęce lub masz stwierdzoną wadę zgryzu? .…….….…… TAK / NIE

Czy masz wadę wzroku …………………………………………………………………………………………………... TAK / NIE

Czy odczuwać nadwrażliwość na światło …………….…………………………………………………….….……..… TAK / NIE

Czy jesteś na coś uczulony?(alergie, nietolerancje)…………………………………………………….….……..… TAK / NIE

Czy często się czymś zakrztuszasz ……………….……………………………………………………….………… TAK / NIE

Czy często się o coś uderzasz lub potykasz ……………….………………………………………………….………… TAK / NIE

Czy bierzesz na stałe jakieś lekarstwa .................................................................................. TAK / NIE

Czy często brałeś/ bierzesz antybiotyki, jakie? Czy sprawdzasz ich efekty uboczne ? …………….… TAK / NIE

Kiedy robiłeś ostatnio ogólne badania krwi? ……………….…………………………………………………………………………....

Czy jesteś praworęczny czy leworęczny …………………………………………………………………………………… L / P

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

anemia, astma, zapalenie oskrzeli, nowotwór, HIV/AIDS, cukrzyca, epilepsja, depresja, reumatyzm, otyłość lub inne zaburzenia jedzenia (np. bulimia, anoreksja), udar niedokrwienny, wylew krwotoczny, hemofilia , zawał serca, dyskopatia, osteoporoza, stwardnienie rozsiane, zanik mięśni, choroba wrzodowa żołądka, choroby jelit, kamica, nietrzymanie moczu

**Czy masz inną stwierdzoną chorobę ?** ………………………………………………………………………………………….…..

**Czy masz stwierdzone dysfunkcje w układzie ruchu ?** ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy wiesz o jakichkolwiek przeciwwskazaniach do ćwiczeń fizycznych ? ……………………………….………….

…………………………….…………………………….…………………………….………………………………………………………………..

**Uzupełnij informacje w odpowiedzi na poniższe pytania :**

Ile napojów zawierających kofeinę pijesz dziennie ? (np. kawa, Coca-Cola,itp.) …………………………………………

Ile wody pijesz dziennie? …………………………….……………………………………………….……………………………..…………....

Ile porcji warzysz i owoców jesz każdego dnia? …………………………….…………………………….…………………………….

Ile razy dziennie jesz słodycze lub pijesz słodzone napoje? …………………………….……………………..…………………

Ile razy w tygodniu jesz smażone jedzenie? …………………………….…………………………….……………..………………….

Czy potrzebujesz dodawać sporo soli do jedzenia? …………………………….…………………………………………………….

O której godzinie jesz największy posiłek ? …………………………….…………………………….…………..……………………..

**CZĘŚĆ II – CELE**

Co wpłynęło na Twoją decyzję chęci uczestnictwa w zajęciach Pilates ?

Nad czym chciałabyś się koncentrować :

* Postawa ciała
* Siła
* Elastyczność
* Pozbycie się bólu
* Zmniejszenie stresu i relaksacja
* Inne …………………………………………………………………………………………………….

Napisz swoimi słowami trzy najważniejsze cele, które chciałbyś osiągnąć przez udział w zajęciach Pilates :

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….………

Czy czujesz jakieś bariery do uprawiania aktywności fizycznej ? (ewentualnie jakie?)

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….………………

Pomyśl, czy można te bariery usunąć lub zminimalizować. ………………………………………………………………………..

Czy masz preferencyjne dni tygodnia i godziny do indywidualnych ćwiczeń metodą Pilates?

…………………………………………………………………………………………………….………………………………………...………………….

Skąd dowiedziałeś się o naszych zajęciach ? ……………………………….…………………….……………………………

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej wizycie.

Uczestniczę w praktycznej części ćwiczeń na własną odpowiedzialność. Nie mam fizycznych ograniczeń, niesprawności czy predyspozycji do urazu lub choroby, które mogą się pogorszyć pod wpływem uczestnictwa w ćwiczeniach metodą Pilates. Biorę odpowiedzialność za ewentualne urazy poniesione w wyniku niepoprawnego wykonywania ćwiczeń podczas zajęć.

Data i podpis……………………………..………………..………

**PODSTAWOWE ZASADY WSPÓŁPRACY :**

Terminy zajęć ustalane są indywidualnie (może to być stały dzień i stała godzina lub można umawiać się z tygodnia na tydzień na różne dni i godziny).

W przypadku konieczności zmiany lub anulowania danego terminu prosimy o informowanie instruktora na co najmniej 24 godziny wcześniej (im wcześniej, tym lepiej możemy zaplanować wyjątkowo inny termin spotkania z korzyścią dla zachowania ciągłości i efektywności całego cyklu zajęć). Odwołanie zajęć w terminie krótszym niż 24 godziny wiąże się z opłatą za niewykorzystaną rezerwację zajęć (System rezerwacyjny on-line nie zwraca tych środków na profil użytkownika po przekroczonym czasie 24 godzin przed zajęciami).

**DODATKOWE WSKAZÓWKI :**

Ze względów higienicznych polecamy przychodzić na zajęcia z własną matą (w sali dysponujemy na wszelki wypadek matą uniwersalną). Polecamy wygodny strój do ćwiczeń. Ćwiczymy w skarpetkach. (Z góry dziękuję za wzięcie ze sobą gumki lub spinki do włosów, jeżeli będziemy potrzebować spięcia włosów do analizy lub ćwiczeń).

**ZGODY**

🞏 Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji opisowej i fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia i konsultacji (oraz ewentualnych prac naukowych).

🞏 Wyrażam zgodę̨ na otrzymywanie drogą elektroniczną (sms, e-mail) informacji i wskazówek odnośnie mojego leczenia.

🞏 Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres, nr telefonu) przez firmę Pilates terapeutyczny Alicja Rukowicz, NIP 9521917384 prowadzącą działalność terapeutyczną oraz Strefę Równowagi Sp. z o.o. , NIP 7011058490 zarządzającą marką i lokalem Pilates terapeutyczny Studio. (Szczegóły w Regulaminie Studia na stronie: [www.pilatesterapeutyczny.pl](http://www.pilatesterapeutyczny.pl))

 Data i podpis ……………………………..……………………………………

Proszę przynieść uzupełniony kwestionariusz na pierwszą sesję indywidualną lub wysłać go wcześniej mailem. Do zobaczenia. *Zespół Studia Pilatesu terapeutycznego.*