

# SCHEDA DI ANAMNESI



DATA:

COGNOME E NOME:

NATO A:

IL:

INDIRIZZO:

PROFESSIONE:

ORE/Dì:

E-MAIL:

TELEFONO DOVE È REPERIBILE:

NOTE PARTICOLARI ( PATOLOGIE):

OBBIETTIVI:

GIÁ AVUTO ESPERIENZE CON UN PT ?

PERCHÉ TI RIVOLGI AD UN PT ORA ?

COSA TI ASPETTI DAL PT ?

COSA CAMBIERESTI DEL TUO FISICO ?

QUALI OBBIETTIVI TI PONI DI RAGGIUNGERE ?

1. KG

2. PERFORMANCE

IN QUANTO TEMPO ?

FREQUENZA SETTIMANALE ALLENAMENTI ?

DURATA SESSIONE ?

ATTIVITÀ SPORTIVE FATTE:

TEMPO DI INATTIVITÀ PRIMA D'ORA:

PERCHÉ HA SMESSO ?

QUANTE ORE DORME PER NOTTE ?

HA MAI FATTO UN TEST DI INTOLLERANZE ALIMENTARI ?

STA USANDO FARMACI ( CORTISONICI, PILLOLA, ANTIINFIAMMATORI ) ?

DA QUANTO TEMPO NON FA UN'ANALISI DEL SANGUE ?

TRAUMI E/O FRATTURE ?

PROBLEMI MUSCOLARI ?

DOLORI ARTICOLARI ?

OPERAZIONI IMPORTANTI COMPRESSE QUELLE DENTISTICHE NEGLI ULTIMI 24 M ?

FUMA ?

BEVE ALCOLICI ?

SI SENTE STRESSATO ?

*CEFALEE ACNE STANCHEZZA CRONICA AEROFAGIA STIPSI CALCOLI BILIARI  
CIRROSI COLESTEROLO COLON IRRITABILE DIABETE DIARREA EMODIALISI  
EMORROIDI EPATOPATIE IPERTENSIONE IPERTRIGLICERIDEMIA OBESITÀ  
COLITI GASTRITI CANDIDOSI PALPITAZIONI INSONNIA ASMA RINITE  
CURE ORMONALI DISMENORREE AMENORREA MENOPAUSA PILLOLA  
CARDIOPATIA CELIACHIA*

QUANTO TEMPO HA A DISPOSIZIONE PER PRANZO ?

CHI PREPARA I PASTI ?

FA LAVORO CON TURNI ? SÍ / NO ORARI

COLAZIONE :

SPUNTINO :

PRANZO :

MERENDA :

CENA :

DOPOCENA :

USA INTEGRATORI ?

IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE SUL RISULTATO FINALE IN % SECONDO LEI ?

*Autorizzo ai sensi dell' art. 10 delle leggi n. 675/96 e 196/03 in materia di tutela dei dati personali il Sig. \_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati personali per adempimenti fiscali, contabili, gestionali o di marketing e promozionali i quali non verranno ceduti a terzi per nessun motivo. Potrò in qualsiasi momento variare o cancellare tali dati in virtù dell'art. 13 legge 675/96.*

*Firma*