



KONSULTACJA TOTALNEJ BIOLOGII

Część I – Podstawowe dane

Nazwisko:

Imiona:

Adres domowy*: Kod:.....Miasto: ul.
tel. kom:..... e-mail:

Dane osobowe:

Wiek : Data urodzenia: godzina urodzenia

Miejsce urodzenia

Daty urodzenia rodziców: Ojciec: Matka:

Data ślubu rodziców: miejsce ślubu:

Płeć: Prawo- czy leworęczny:

Ważne!!!

Ile miałeś lat, gdy stałeś się całkowicie niezależny od swoich rodziców (pod względem wyżywienia, finansowym i mieszkaniowym – pierwsza praca, wyjście za mąż, usamodzielnienie itp).

Bądź dokładny

(kobieta urodzona 01 stycznia 2000 roku wychodzi za mąż w dniu 01 czerwca 2019 roku, staje się niezależna od rodziców w wieku: 19 lat; rok 2019; miesiąc: czerwiec; Podsumowanie: 19 lat i 5 miesięcy)

Wiek: Rok: miesiąc:

Podsumowanie:.....lat im-cy

Stan cywilny (podaj jaki): ile lat:

Liczba dzieci (wiek, data urodzin):

.....
.....

Sytuacja rodzinna.....

Twoja pozycja w rodzinie jako dziecka (kolejność urodzenia z uwzględnieniem wszystkich dzieci nienarodzonych i aborcji): Twój numer..... (*Przykład: Brat 20 lat, Ja 19 , siostra 15 lat.....: Jesteś nr 2*)

Pierwsze dziecko:.....

Drugie dziecko:.....

Trzecie dziecko.....

Czwarte dziecko.....

..... dziecko.....

Liczba poronień (Matka):

Liczba poronień (Ty):

Liczba aborcji (Matka):

Liczba aborcji (Ty):

Ukończone Studia:

.....

Wykonywany zwód:

Co Cię pasjonuje? (jedna lub dwie rzeczy)

.....

.....

Czego najbardziej nie lubisz? (jedna lub dwie rzeczy):.....

.....

Jakie badania/diagnozy zostały przeprowadzone/postawione z punktu widzenia medycyny konwencjonalnej, naturalnej i pozostałych?

.....
.....
.....

na co chorował Pan/Pani we wczesnym dzieciństwie?

.....
.....
.....

Jakie jest Pana/Pani ogólne samopoczucie i stan psychiczny?

.....
.....
.....

Jakie lekarstwa (suplementy, zioła itp.) obecnie pan/Pani przyjmuje?

.....
.....
.....

Czy występują jakiegokolwiek działania niepożądane?

.....
.....
.....

Jakie używki/narkotyki przyjmuje lub przyjmował Pan?Pani (od kiedy do kiedy)?

.....
.....
.....

Proszę podać regiony ciała, które dają objawy: (ból, wysypki, stany zapalne, guzy, ograniczenia funkcjonalne, blizny itp.)

-
-
-
-

Jakie przeszedł Pan/Pani operacje?

-
-

-

Czy przydarzyły się jakieś wypadki (urazy)? Jeśli tak, to jakie?

-
-
-

Wzrost:..... Waga:

Wahania wagi (kiedy):

-
-

Jak pan/Pani sypia? Kiedy miały miejsca zmiany związane ze snem?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zaburzenia związane z zasypianiem | <input type="checkbox"/> zaburzenia związane przebudzeniem |
| <input type="checkbox"/> określone godziny przebudzenia | <input type="checkbox"/> lekki sen |
| <input type="checkbox"/> nocne pocenie | <input type="checkbox"/> charakterystyczne sny |
| <input type="checkbox"/> środki nasenne | <input type="checkbox"/> pozostałe: |

Jaki ma Pan/Pani apetyt i jakie są Pani/Pana nawyki żywieniowe? Kidy nastąpiły zmiany?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> brak apetytu | <input type="checkbox"/> wzmożony apetyt |
| <input type="checkbox"/> napady głodu (na określone artykuły spożywcze) | |
| <input type="checkbox"/> pozostałe: | |

Jakie ma Pan/Pani ciśnienie krwi i tętno? Kiedy nastąpiły zmiany?

.....
.....
.....

Jakie są warunki termiczne w organizmie?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ciepłe dłonie i stopy | <input type="checkbox"/> zimne dłonie i stopy | <input type="checkbox"/> gorączka/kiedy/ jak wysoka: |
| <input type="checkbox"/> ogólna skłonność do marznięcia? (od kiedy) | | |
| <input type="checkbox"/> pozostałe: | | |

Pytanie do kobiet: jaki charakter mają krwawienia miesięczkowe?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> regularne | <input type="checkbox"/> nieregularne | <input type="checkbox"/> bolesne |
| <input type="checkbox"/> skrócone | <input type="checkbox"/> przedłużone | <input type="checkbox"/> inne |

W jakim wieku po raz pierwszy wystąpiło krwawienie miesięczkowe?

.....

W jakim okresie (sytuacji życiowej) krwawienie miesięczne nie pojawiło się? Menopauza, od kiedy?

.....

Czy występowały zmiany hormonalne spowodowane przez:

- pigułki antykoncepcyjne operację jajników/jąder chemioterapię
 lekarstwa pozostałe

Wykaz obciążających sytuacji/wydarzeń/konfliktów

Sytuacje i wydarzenia z twojego życia, które obciążały (obciążają), niepokoiły (niepokoją) lub też szokowały (szokują) Ciebie....!

Zwróć uwagę na fizyczne i psychiczne objawy, które pojawiły się lub są powiązane z konkretnymi sytuacjami życiowymi

Już teraz mogą stworzyć Państwo krótką listę, próbując odpowiedzieć przy tym na poniższe pytania:

Które sytuacje życiowe lub stany obciążają Panią/Pana obecnie najbardziej?

1.
2.
3.
4.
5.

Uwaga: Pamiętaj o stopniowaniu.

1(pierwsza) najpoważniejsze obciążenie (choroba, objaw choroby, konflikt), 5 (piąta) obciążenie o najmniejszym ciężarze gatunkowym.

Możesz ograniczyć się do 5 sytuacji lub przy wykorzystaniu dodatkowej kartki powiększyć tę listę

Co najczęściej absorbuje Panią/Pana psychicznie i emocjonalnie?

1.
2.
3.
4.
5.

Przed czym ma Pani/Pan największe obawy (lęk lub strach)?

1.
2.
3.
4.

5.

Co wywołuje u Pani/Pana stres?

1.
2.
3.
4.
5.

Jakie wydarzenia najbardziej obciążały Panią/Pana przed zdiagnozowaniem choroby?

1.
2.
3.
4.
5.

Jakie wydarzenia/doświadczenia były dla Pani/Pana w życiu, dzieciństwie najbardziej obciążające?

1.
2.
3.
4.
5.

Czy ma Pan/Pani wyrzuty sumienia, ukryty żal?

1.
2.
3.

Czy ma Pan/Pani głęboki sekret, nigdy nikomu nie wyjawiony?

1.
2.

Część II – Linia życia

Proszę przygotuj uporządkowany chronologicznie, najlepiej tabelaryczny życiorys (odręcznie lub komputerowo), który będzie zawierał ważne sytuacje życiowe, takie jak np.:
(szkolna kariera/zmiana szkoły/problemy szkolne/kariera zawodowa/zmiana miejsca pracy
związki/rozstania/sytuacje konfliktowe/konflikty/obciążenia/sytuacje lękowe/traumy/kryzysy życiowe
choroby/śmierć członków rodziny, przyjaciół i znajomych/wypadki i inne)

Zanim rozpoczniesz swój życiorys skup się na swoim okresie prenatalnym (okres kiedy twoja mama była z Tobą w ciąży. Ten okres od momentu poczęcia do porodu jest bardzo ważny z punktu widzenia twojego życia i sytuacji jakie Ciebie spotykają.

Najlepszym sposobem jest rozmowa z rodzicami, jeśli żyją i co ważne są skłonni odpowiadać na Twoje pytania. Bądź świadomy/świadoma, iż twoi rodzice mogą ukrywać trudne i bolesne zdarzenia. W miarę możliwości postaraj się dowiedzieć **co się wydarzyło w życiu Twoich rodziców: (wypadki, utrata pracy, zgony, choroby, trzęsienia ziemi, powodzie, teściowie mieszkający z młodą parą, wybory polityczne, podróże itp.)**

W momencie Twojego poczęcia:

.....
.....
.....
.....
.....

Podczas ciąży (Od pierwszego do dziewiątego miesiąca):

1 miesiąc
2 miesiąc.....
3 miesiąc.....
4 miesiąc.....
5 miesiąc.....
6 miesiąc.....
7 miesiąc.....
8 miesiąc.....
9 miesiąc.....

W pierwszym roku Twojego życia (do Twoich pierwszych urodzin)?

1.
2.
3.
4.
5.

ŻYCIORYS – LINIA ŻYCIA

Sumienne i dokładne przygotowanie życiorysu pomoże Państwu i terapeutce w poszukiwaniu przyczyny choroby.

Pisz w 4 kolumnach (Wiek, Data, Wydarzenie, Uczucia), jak przedstawiono poniżej:

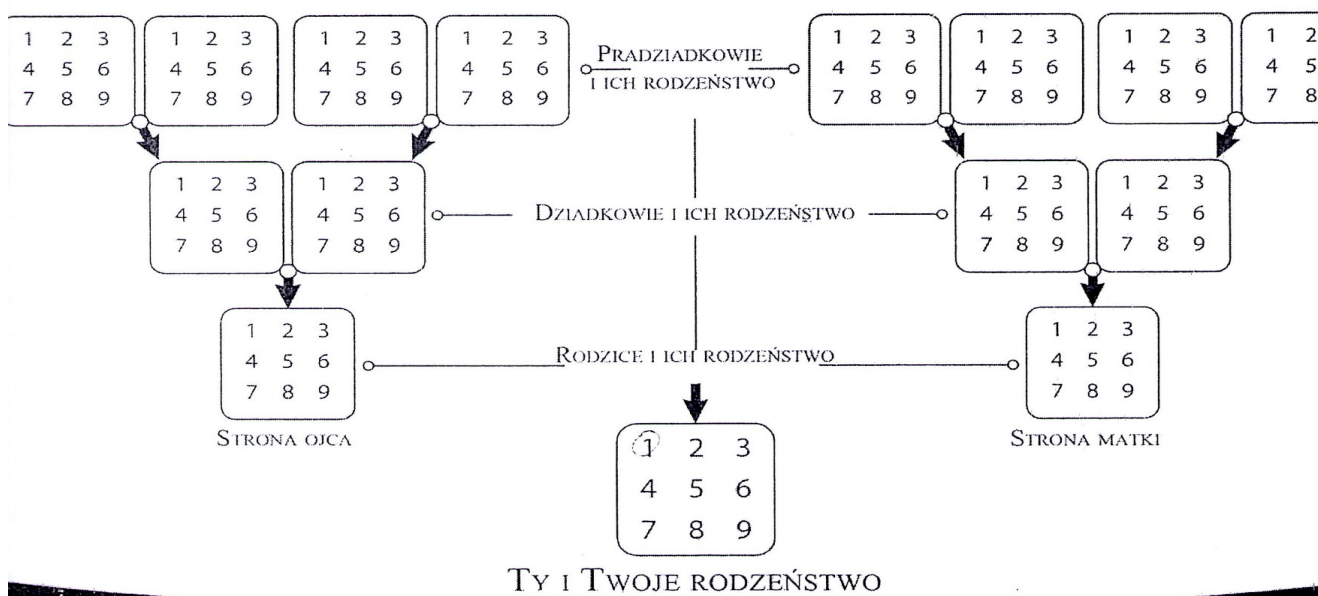
Ile miałeś lat?	Data wydarzenia?	Co się wydarzyło?	Jakie emocje towarzyszyły wyd.?
13 lat 02 m.	1972-11-10	Śmierć starszego brata	Smutek, złość, wściekłość, ból
16 lat 11 m.	1975-10-20	Rozwód rodziców	Bezsilność, smutek, złość
40 lat 02 m.	1999-11-06	Rozłąka	Rozpacz, beznadzieja, niegodna
46 lat 10 m.	2005-10-08	Wypadek samochodowy	Lęk, myśli o śmierci
itd	itd	itd	itd

Opisz swoje drzewo genealogiczne

Cofnij się pamięcią, tak daleko wstecz, jak to tylko możliwe, 3 do 4 pokoleń wstecz w rodzinach ojca i matki. Podaj wszelkie informacje, jakie posiadasz o poronieniach i aborcjach, także o chorobach, przyczynach zgonów, datach urodzin i śmierci oraz szczególnych cechach charakterystycznych z ich życia. (Wszystkie szczegóły, które pamiętasz będą przydatne, nie martw się jednak, jeśli nic nie wiesz na ten temat. Po prostu zrób najwięcej jak możesz!).



DRZEWO GENEALOGICZNE: SYNDROM POKOLENIOWY



Część III – Zdrażnienia geopatyczne w miejscu zamieszkania, pracy lub innym

Proszę sporządzić graficzny rysunek, PLAN DOMU (PARTER + PIĘTRO) lub załączyć kserokopie szkicu PLAN MIESZKANIA. Obowiązkowo zaznaczyć na rysunku, planie miejsca spania, leżenia lub przesiadywania.

Szkic: