Kérjük, minden kérdésre a lehető legpontosabb választ adja, hogy a szakértő az Ön állapota számára legmegfelelőbb segítséget adhassa.

Név: _____ Telefonszám: _____

Szülő neve (18 év alatti jelentkező esetén) _____ Email cím: _____

Foglalkozás: _____

Munkája során sokat kell BESZÉLNIE vagy FIZIKAI MUNKÁT végeznie? (karikázza be a megfelelőt)

További részletek, amennyiben szükségesnek érzni: _____

Milyen tünetei vannak? 1) _____2) _____

Mikor diagnosztizálták először az állapotát? _____ (év)

Jelölje be a leginkább megfelelőt:

Tünetek ritkán jelentkeznek: □ Folyamatos tünetek (enyhe): □

Folyamatos tünetek (közepes): □ Folyamatos tünetek (erős): □

Hány alkalommal volt kórházban asztma vagy egyéb (légzéssel kapcsolatos) problémával az elmúlt 3 évben? _____

Úgy érzi a mély légzés jó Önnek? IGEN / NEM

Karikázza be az Önre illő választ:

Állapotát illetően stresszesnek, szorongónak érzi magát?	**Soha**	**Időnként**	**Gyakran**	**Nagyon gyakran**
Be szokott dugulni az orra?	**Soha**	**Időnként**	**Gyakran**	**Nagyon gyakran**
Napközben a száján keresztül lélegzik?	**Soha**	**Időnként**	**Gyakran**	**Nagyon gyakran**
Éjszaka a száján keresztül lélegzik? (Száraz szájjal ébred?)	**Soha**	**Időnként**	**Gyakran**	**Nagyon gyakran**

Vett részt korábban alvás vizsgálaton? IGEN / NEM Ha igen, mikor (dátum)?: _____

Felírták valaha Önnek a CPAP használatát? IGEN/ NEM Jelenleg is használja? IGEN / NEM

Dohányzik? IGEN/ NEM HA igen, hány szálat egy nap?: _____

Hány pohár vizet iszik meg egy nap (körülbelül)? _____

Korlátozza a tejtermékek bevitelét? IGEN/ NEM Segített ez Önnek? IGEN/ NEM

Egy héten hány órát tölt el testmozgással?	Kevesebb, mint 1 órát	1-2 órát	2-3 órát	3-4 órát	4-5 órát	5-6 órát	6-7 órát	7 or órát

Kérem adja meg √ az Ön által tapasztalt tünetek súlyosságát a felsoroltak bármelyik közül:

1 = Enyhe, 2 = Közepes, 3 = Erős

Panasz	**1**	**2**	**3**		**Panasz**	**1**	**2**	**3**
Köhögés					Túlzott izzadás			
Zihálás					Erősnek érzékelt stressz			
Edzés kiváltotta asztma					Gyomor probléma / IBS			
Gyakori megfázás					Izomfájdalmak			
Légszomj (nyugalomban)					Fáradékonyság			
Gyakori sóhajok					Álmatlanság/Töredezett alvás			
Gyakori ásítás					Gyenge koncentráció			
Alvási apnoé					Pánikrohamok			
Horkolás					Gyakori fejfájás			
Derékfájdalom								

Nijmegen kérdéssor

Kérem adja meg √ az Ön által tapasztalt tünetek súlyosságát a felsoroltak bármelyik közül:

Panasz	**Soha** **0**	**Ritkán** **1**	**Időnként** **2**	**Gyakran** **3**	**Nagyon gyakran** **4**
Mellkasi fájdalom					
Feszültnek érzi magát					
Homályos látás					
Szédülés					
Zavartság, valósággal való kapcsolat elvesztése					
Gyors vagy mély légzés					
Légszomj					
Feszültség a mellkasban					
Gyomor “puffadtság” érzése					
Bizsergő ujjak					
Mély légzésre való képtelenség					
Ujjak vagy karok merevsége					
Száj körüli merevség					
Hideg kezek és lábak					
Erős szívdobogás					
Szorongás érzése					
Összesen:					

Kérem jelezze az esetlegesen előforduló egyéb gyakori tüneteket: _____

Kérem adja meg az Asztmára használt gyógyszere nevét:

Rohamot megelőző gyógyszer neve: _____Napi dózis:_____

Roham estén használt gyógyszer neve:: _____Napi dózis:_____

Sorolja fel egyéb betegségeit: _____ Gyógyszer(ek):_____

Ha bármi ide vonatkozót fontosnak talál, kérem jelezze:

_____

_____

Honnan hallott erről a tanfolyamról?: (karikázza be)

Közösségi Média	Barát	Újság	Háziorvos / tanácsadó	Internet	Rádió	Egészségügyi szakember	Egyéb:

Női jelentkezőknek: Kérjük jelezze a szakértőnek, ha jelenleg terhes.

Jogi nyilatkozat: figyelmesen olvassa el a következőket és kövesse az utasításokat.

Én,_____ vállalom, hogy előzetes orvosi egyeztetés nélkül nem csökkentem vagy módosítom a gyógyszeres kezelésem. Tudomásul veszem, hogy elolvastam és teljesen megértettem, hogy ezen irányelv be nem tartása kockázatot jelenthet az egészségemre, és ez ellentmond Csillik Árpád ajánlásainak.

Aláírás: Dátum:

Amennyiben a jelentkező 18 évnél fiatalabb a nyilatkozatot a szülőnek vagy törvényes gondviselőnek kell aláírnia.