

## Hoş Geldiniz!

Ulli Ayurveda'yı seçtiğiniz için teşekkür ederiz. İlk bireysel danışmanlık ve terapi seansınıza doldurup beraberinizde getirmeniz amacıyla hazırladığımız Danışan Sağlık Profili formunu ekte bulabilirsiniz.

Ayurveda'da insan bedeni, zihni, canı ve ruhunun ayrılmaz bir bütünlük olduğunu ve bu bütünlüğün özünde enerji ve bilinçten ibaret olduğunu kabul eder. Bunun ötesinde, insanoğlunun doğa ile hem derinden bağlı, hem de doğaya muhtaç olduğunu öğretir, doğanın kutsallığına inanır. Hastalık, insanın varoluşunun bu farklı seviyeleri arasındaki uyumsuzluktan, veya insanın kendi varlığının doğanın varlığı ile uyumsuzluğundan kaynaklanan bir olgudur.

İnsanoğlunun bütünsel olan doğasına dayanarak, sadece belirli sağlık sorunlarına yönelik değil, aynı zamanda ideal metabolizma ve kiloya, güçlü bir bağışıklık sistemine, dengeli bir enerjiye ve berrak, sakin, ve pozitif bir zihin haline erişmenizi sağlayacak entegre bir hizmet ağı sunuyoruz:

- ❖ **Ayurvedik Yaşam Tarzı & Beslenme Danışmanlığı** ile sizin metabolik yapınıza ve günlük ve mevsimlik biyolojik döngülere en uygun günlük rutinleri ve beslenme alışkanlıklarını oturtmanızda size rehberlik yapacağız.
- ❖ **Bütünsel Bitkisel Danışmanlık** ile, size özel bitkisel stratejiler ve formüller geliştirerek, beden, zihin ve ruh sağlığınızın ihtiyaçlarını bir bütün olarak karşılayacağız.
- ❖ **AyurPrana, AyurYoga, Bütünsel Beslenme ve Yemek Pişirme**, eğitimlerimizle, sağlığınızı kendi kontrolünüze alma ve iç huzur ile iç doyumunuzu bulma sürecinizde sizi destekleyeceğiz.

Sizin ışıldayan sağlığınıza,

Ulli Allmendinger, MSc Ayurveda (USA)

**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
**Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ullı Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.**

İsim \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Ev Adresi \_\_\_\_\_

İl, Semt, Mahalle \_\_\_\_\_ Posta Kodu \_\_\_\_\_

Ev Tel \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-posta \_\_\_\_\_ E-posta listemize dahil olmak ister misiniz? \_\_\_\_\_

Doğum tarihi \_\_\_\_\_ Doğum saati \_\_\_\_\_ Doğum yeri \_\_\_\_\_

Yaş \_\_\_\_\_ Meslek \_\_\_\_\_ Evlilik durumu \_\_\_\_\_

Çocuklar & Yaşları \_\_\_\_\_

Aile doktoru \_\_\_\_\_ Telefonu \_\_\_\_\_

1. Başlıca sağlık sorunlarınız nelerdir ve ne zaman başladılar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Sağlığınıza yönelik hedefleriniz nelerdir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Şimdi veya geçmişte faydalandığınız başka doğal sağlık hizmetleri nelerdir? Lütfen isim belirtin. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Kullanmakta olduğunuz reçeteli ilaçlar ve besin takviyeleri (vitaminler, bitkiler, vs.) nelerdir?

İSİM	SEBEP	DOZ	KAÇ KERE

6. Aşağıdakilerden hangilerini kullanıyorsunuz?

Sigara? \_\_\_\_\_ Kaç yıldır? \_\_\_\_\_ Miktar? \_\_\_\_\_

Geçmişte sigara kullandınız mı? \_\_\_\_\_ Miktar? \_\_\_\_\_ Ne zaman bıraktınız? \_\_\_\_\_

Uyuşturucu / uyarıcı madde? \_\_\_\_\_ Ne tip? \_\_\_\_\_ Ne sıklıkta? \_\_\_\_\_

Alkol? \_\_\_\_\_ Ne tip? \_\_\_\_\_ Ne sıklıkta? \_\_\_\_\_

Kahve? \_\_\_\_\_ Günde kaç fincan? \_\_\_\_\_ Siyah çay? \_\_\_\_\_ Günde kaç bardak? \_\_\_\_\_

**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
**Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ullı Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.**

6. Sağlık Geçmiş: Siz veya yakın bir aile mensubunuza aşağıdaki hastalıklardan tanısı konmuş olanları işaretleyin ve yanına teşhisin ne zaman yapıldığını yazın:

TANI	BEN	AILE ÜYELERİ BABA TARAFI	AILE ÜYELERİ ANNE TARAFI
Alerjiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfizem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberküloz (Verem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüksek Tansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüksek Kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatit A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatit B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatit C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diyabet / Şeker Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroid Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononükleoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi Zührevi Hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteo-Artrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romatoz Artrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multipl Skleroz (MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikiyatrik hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeme rahatsızlıkları (Anoreksi / Bolemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mide Ülseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohn's Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ülseratif Kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çölyak Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz Bağırsak Sendromu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen siz veya yakın aile bireylerinizde teşhisi koyulmuş diğer önemli sağlık sorunlarınızı yazın: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Geçirdiğiniz önemli kazaları, sakatlanmaları, ameliyatları ve hastaneye yatışlarınızı tarihleriyle sıralayın. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
**Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ullı Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.**

8. Sağlık Profili - Lütfen şu anda ve geçen üç ay içinde size uyanları işaretleyin ve ilgili boşlukları doldurun:

**GENEL**

Boy \_\_\_\_\_ Kilo \_\_\_\_\_ İstenilen kilo \_\_\_\_\_

Geçmişteki önemli kilo değişimleri \_\_\_\_\_

Düzenli spor yapıyor musunuz? \_\_\_\_\_ Ne sıklıkta? \_\_\_\_\_

Ne tip? \_\_\_\_\_

Genel enerji seviyenizi nasıl buluyorsunuz?  Çok iyi  İyi  Düşük  Çok düşük

Gün içinde ne zamanlar enerjiniz en yüksek? \_\_\_\_\_

Gün içinde ne zamanlar enerjiniz en düşük? \_\_\_\_\_

Vücut ısısı:  Genelde üşürüm  Genelde sıcak hissederim  Genelde sadece ellerim / ayaklarım üşür / ısınır

Genelde rahatım; ne çok soğuk ne çok sıcak  Soğuk havaları severim  Sıcak havaları severim

Diğer \_\_\_\_\_

Terleme:  Kolay ve çok terlerim  Zor ve az terlerim  Geceleri terlerim  Terlemem normal

Diğer \_\_\_\_\_

Yeme içme: Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?  Evet  Hayır  Emin değilim

Yeterli su içtiğinizi düşünüyor musunuz?  Evet  Hayır  Emin değilim

Diğer \_\_\_\_\_

**GÖZLER**

Miyop  Hipermetrop  Astigmat  Bulanık görme  Zayıf gece görüşü  Lekeler görme

Katarakt  Glokom  Acıma / ağrıma  Kaşınma  Sulanma / akıntı  Çatlak damarlar

Diğer \_\_\_\_\_

**KULAK, BURUN, BOĞAZ (MAJJA & ASTHI DHATU, PRANAVAHA SROTAS)**

Sık kulak ağrıları  Ağır işitme  Kulak çınlaması

Burun tıkanıklığı  Sinüs tıkanıklığı  Burun kuruluğu  Burun akıntısı  Sık burun kanamaları

Diğer \_\_\_\_\_

**DİŞLER**

Çürükler  Kanal tedavisi  Protez diş  Dişeti iltihapları  Diş gıcırdatma  Çene tıklaması  Çene ağrısı

Diğer \_\_\_\_\_

**NÖROLOJİK / PSİKOLOJİK (MAJJA DHATU, MANOVAHA SROTAS)**

Uykusuzluk  Hafıza zayıflığı  Odaklanma güçlüğü  Depresyon  Asabilik  Anksiyete / telaşlılık

Yüksek stres  Zihin bulanıklığı  Baş dönmesi  Migren  Baş ağrısı  Denge korumada zorlanma

Koordinasyon güçlüğü  Kas kasılması / seyirmesi  Nöbet  Uyuşukluk –varsa nerede? \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_

**SOLUNUM (PRANAVAHA SROTAS)**

Saman nezlesi  Bronşit  Astim  Zatürre  Nefes alırken ağrı  Hareket ile nefes darlığı  Öksürme

Yatarken nefes darlığı  Boğazda balgam birikmesi  Balgam çıkarma –varsa ne renk? \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_

**BAĞIŞIKLIK (RASA DHATU)**

Sık soğuk algınlığı, ne sıklıkta? Yılda / Ayda \_\_\_\_\_ kez

Boğaz batması / acıması, ne sıklıkta? Yılda / Ayda \_\_\_\_\_ kez

Ağızda aft çıkması / pamukçuk, ne sıklıkta? Yılda / Ayda \_\_\_\_\_ kez

Uçuklama, ne sıklıkta? Yılda / Ayda \_\_\_\_\_ kez  Şişmiş salgı bezleri (Boyun / koltuk altı / kasıklar)

Diğer \_\_\_\_\_

**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
**Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ullı Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.**

**KALP VE DAMAR (PRANAHA SROTAS, RASA/RAKTA DHATU)**

- Yüksek tansiyon  Alçak tansiyon  Yüksek kolesterol  Düzensiz kalp atışı  Kalp çarpıntısı  
 Göğüste baskı hissi / daralma / ağrı  Bayılma  Nefes alma zorluğu  El / ayak üşümesi  
 Bileklerde ödem  Kolay berelenme / çürüme  Varisli damarlar

Diğer \_\_\_\_\_

**İŞTAH VE HAZIM (ANNAHAHA & PURISHAHA SROTAS)**

- Çok güçlü iştah  İştahsızlık  Aşerme – Ne tip gıdalar? \_\_\_\_\_  Ağız kokusu  
 Hazımsızlık  Karın ağrısı  Mide yanması / reflü  Gaz  Şişkinlik  Mide bulantısı  Kusma  
 Kaburga altında ağrı / rahatsızlık  Yağlı yemekleri hazmedememe  Safra taşı – Ne zaman? \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_

**ELİMİNASYON**

- İshal  Yumuşak dışkı  Kabızlık  Dışkıda kan  Dışkıda sümük / balgam  Dışkı siyah renkli  
 Rektum / göden ağrısı  Basur / hemoroit  
Genelde ne sıklıkta büyük tuvalete çıkıyorsunuz?  Günde 2 kereden fazla  Günde 2 kere  
 Günde 1 kere  2 günde 1 kere  3 günde 1 kere  3 günde 1 kereden az

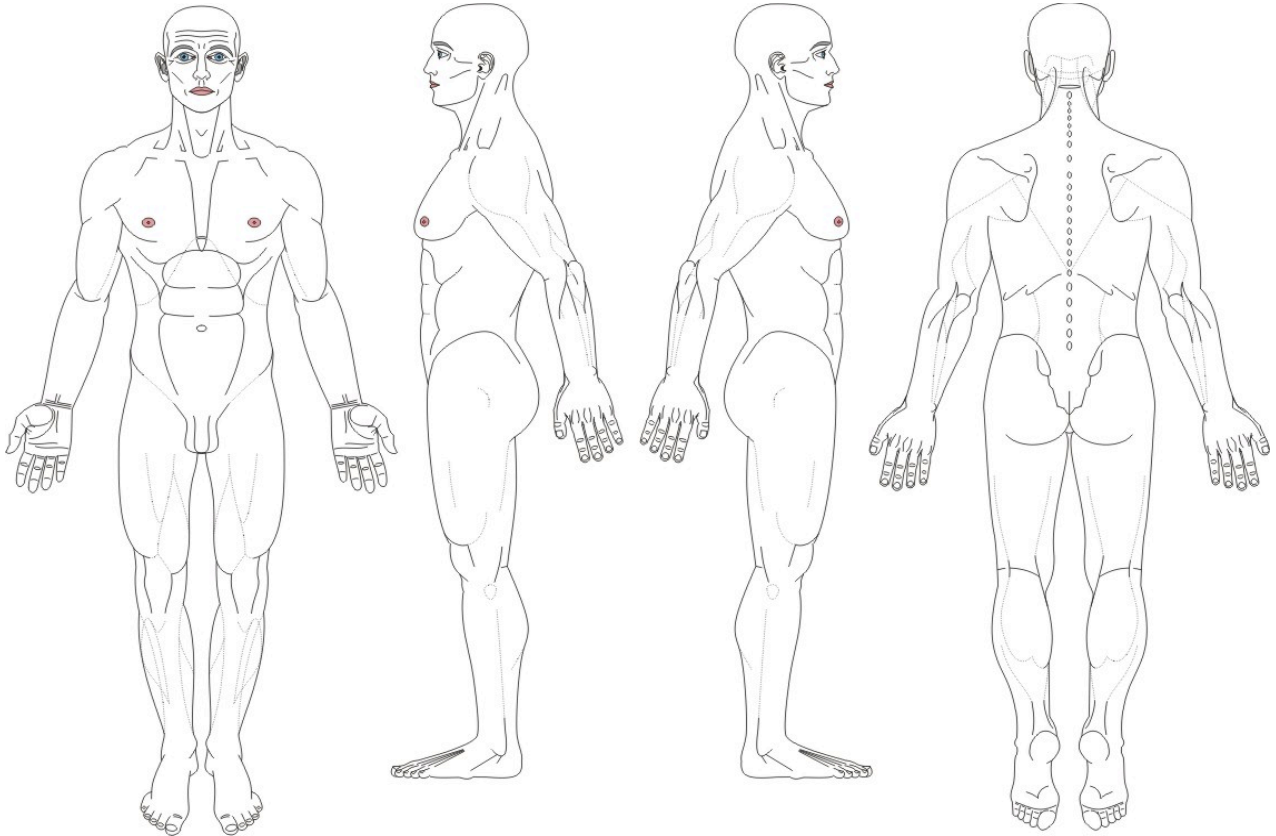
Diğer \_\_\_\_\_

**KAS VE KEMİKLER (MAMSA, ASTHI DHATUS)**

- Boyun ağrısı  Sırt ağrısı  Kalça ağrısı  Diz ağrısı  Omuz ağrısı  Kolarda / bacaklarda ağrı  
 Ellerde / ayaklarda ağrı  Kas ağrısı  Kas sertliği  Kas güçsüzlüğü  Hareket kısıtlılığı  
 Eklemlerin çıtlaması  Eklem ağrısı / sertliği  Kırık kemikler  Kemik erimesi / güçsüzlüğü

Diğer \_\_\_\_\_

Lütfen aşağıdaki çizimlerde, şu anda ve/veya düzenli olarak rahatsızlık hissettiğiniz bölgeleri tarayın:



**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
**Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ullı Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.**

**CİLT, SAÇ, TIRNAKLAR (RASA, RAKTA, ASTHI DHATU)**

- Kuru cilt  Yağlı cilt  Sivillceler  Çıiban  Kaşınma  Kızarıklık  Kurdeşen  Egzama  
 Sedef hastalığı  Et benii  Koyu lekeler  Zor iyileşen yaralar  Kolay kanama  
 Kuru saçlar  Yağlı saçlar  İnce / güçsüz saçlar  Kepeklenme  Saç dökülmesi  Baş kaşınması  
 Kırılğan / güçsüz tırnaklar  Tırnaklarda bombelenme  Tırnaklarda beyaz lekeler

Diğer \_\_\_\_\_

**ÜRİNER / İDRAR (MUTRAVAHA SROTAS, SHUKRA DHATU)**

- İşeme sırasında acı / yanma  Sık idrara çıkma  Acil idrara çıkma  İşeme sonunda damlama  
 İdrar tutmada zorlanma  İdrarda kan  İdrarda bulanıklık  Sık idrar yolu iltahaplanmaları  
 Böbrek / meshane taşları  Su biriktirme / Ödem – varsa nerelerde? \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_

**ERKEKLER**

- Prostat büyümesi  Yumurtalıklada ağrı, rahatsızlık, şişme  Kasıklarda başka ağrı / rahatsızlık  
 Sertleşme sorunu  Erken boşalma  Düşük libido

Diğer \_\_\_\_\_

**KADINLAR / JİNEKOLOJİK:**

- Vajinal akıntı – varsa rengi ve koyuluğu? \_\_\_\_\_  Vajinal kaşıntı  
 Over kisti  Rahim fibroidleri  Meme kisti  Anemi  İlişki sırasında acı

Adet görüyor musunuz? \_\_\_\_\_ Adet görmeye kaç yaşında başladınız (menarş yaşı)? \_\_\_\_\_

Adet döngünüzün uzunluğu (adetten adete)? \_\_\_\_\_ Kanama süresi? \_\_\_\_\_

Hafif, normal, veya ağır? \_\_\_\_\_

Adet öncesi rahatsızlıkları yaşıyor musunuz? Uyanları çember içine alın:

- Anksiyete  Sinirlilik  Depresyon  Tatlı aşerme  Baş dönmesi  Baş ağrısı  Uykusuzluk  
 İştah artışı  İştah azalması  Miğde şişkinliği  İshal  Kabızlık  Yorgunluk  Meme hassasiyeti  
 Su biriktirme  Bel ağrısı

Kaç kere hamile kaldınız? \_\_\_\_\_ Doğumlar? \_\_\_\_\_ Düşükler? \_\_\_\_\_ Kürtajlar? \_\_\_\_\_

Doğum kontrolü uyguluyor musunuz? \_\_\_\_\_ Hangi metodlar? \_\_\_\_\_

Menapoza girdiniz mi? \_\_\_\_\_ Son gördüğünüz adetin yaklaşık tarihi? \_\_\_\_\_

Menapoza bağlı olduğunu düşündüğünüz rahatsızlıklarınız varsa lütfen belirtin: \_\_\_\_\_

Diğer jinekolojik rahatsızlıklar? \_\_\_\_\_

***Zamanınız İçin Teşekkür Ederiz***

**DANIŞAN SAĞLIK GEÇMİŞİ**  
*Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ulli Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.*

**Yasal Uyarı:**

*Ulli Ayurveda'da sunulan hizmetler kesinlikle hastalık teşhis ve tedavi amacı içermez, hekiminizin gerekli gördüğü tıbbi müdahalelere de alternatif değildir. Eğer tanısı konmuş bir hastalığınız varsa, veya ciddi bir hastalığınız olduğundan şüpheleniyorsanız, gerekli tıbbi müdahale için ilgili bir uzman hekime mutlaka görünün. Ulli Ayurveda'da sunulan beslenme, yaşam tarzı ve bitkisel danışmanlık sadece bilgilendirme ve tavsiye amacı güder, alınan bilgi ve tavsiyeler reçete olarak değerlendirilmemelidir.*

Ben, aşağıda ismi geçen şahıs olarak belirtirim ki, yukarıdaki yasal uyarıyı okudum, anladım ve kabul ediyorum, ve heaistanbuldaki danışmanlardan kendi özgür iradem ile bilgi talep ediyorum.

İsim (Lütfen okunaklı yazın) \_\_\_\_\_

İmza \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_