



UlliAyurveda

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)



UlliAyurveda

SAĞLIK GEÇMİŞİ FORMU

Tarih : ____ / ____ / ____

Verdiğiniz tüm bilgiler sadece Ulli Ayurveda dahilinde gizli tutulacaktır.

İsim : _____
Ev Adresi : _____
İl / İlçe : _____ Posta Kodu : _____
Telefon : _____ ePosta : _____
ePosta listemize dahil olmak ister misiniz?
Doğum Tarihi : _____ Doğum Saati : _____ Doğum Yeri : _____
Yaş : _____ Meslek : _____ Medeni Hali : _____
Çocuklar & Yaşları : _____
Aile Doktoru : _____ Telefonu : _____

Başlıca sağlık sorunlarınız nelerdir ve ne zaman başladılar?

Sağlığınıza yönelik hedefleriniz nelerdir?

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

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

İsim	Sebeup	Doz	Kaç Kere
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Aşağıdakilerden hangilerini kullanıyorsunuz?

Sigara? _____ Kaç yıldır? _____ Miktar _____
Geçmişte sigara kullandınız mı? _____ Ne zaman bıraktınız? _____
Uyuşturucu / uyarıcı madde? _____ Ne Tip? _____ Ne sıklıkla? _____
Alkol? _____ Ne Tip? _____ Ne sıklıkla? _____
Kahve? _____ Günde kaç fincan? _____ Siyah Çay? _____ Günde kaç bardak? _____



UliAyurveda

Sağlık Geçmişi:

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

Ben	Myself	Aile Üyeleri Baba Tarafı	Aile Üyeleri Anne Tarafı
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 sorunlarını yazın:



Ulli Ayurveda

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

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 _____

Dişler

Çürükler Kanal tedavisi Protez diş Dişeti iltihapları Diş gıcırdatma Çene tıklaması

Çene ağrısı Diğer _____

Nörolojik /Psikolojik (Majja Dhatu, Manovaha Srotas)

Uykusuzluk Hafıza zayıflığı Odaklanma güçlüğü Depresyon Asabiyet

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 Astım Zatürre Nefes alırken ağrı Hareket ile nefes darlığı Öksürük

Yatarken nefes darlığı Boğazda balgam birikmesi Balgam çıkarma -varsa ne renk? _____

Diğer _____



Uli Ayurveda

Bağışıklık (Rasa Dhatu)

- Sık soğuk algınlığı. Yılda / Ayda _____ kez. Boğaz batması / acıması. Yılda / Ayda _____ kez.
 Ağızda aft çıkması / pamukçuk. Yılda / Ayda _____ kez. Uçuklama. Yılda / Ayda _____ kez.
 Şişmiş salgı bezleri (Boyun / koltuk altı / kasıklar) Diğer _____

Kap ve Damar (Pranavaha Srotas, Rasa/Rakta Dhatu)

- Yüksek tansiyon Düşük tansiyon Yüksek kolesterol Düzensiz nabız Kalp çarpıntısı
 Göğüste baskı hissi / daralma / ağrı Bayılma Nefes alma zorluğu El / ayak uşumesi Bileklerde ödem
 Kolay berelenme / çürüme Varisli damarlar Diğer _____

İştah ve Hazım (Annavaha & Purishavaha Srotas)

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

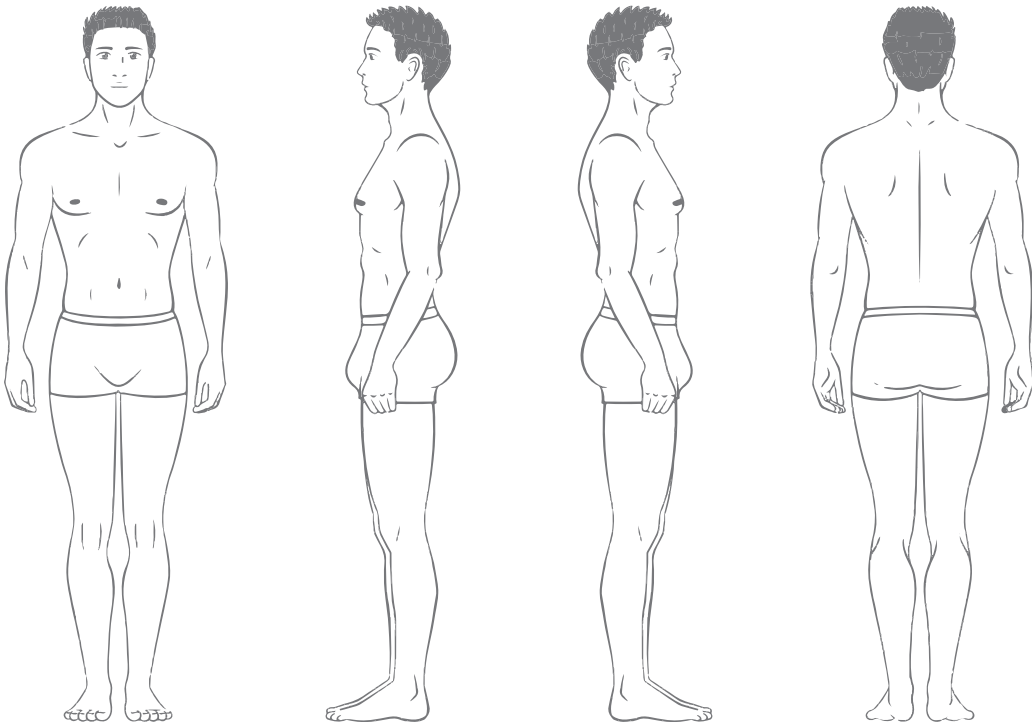
Eliminasyon

- İshal Yumuşak dışkı Kabızlık Dışkıda kan Dışkıda sümük / balgam Siyah renkli dışkı
 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 Kemikler (Mamsa, Asthi Dhatu)

- Boyun ağrısı Sırt ağrısı Kalça ağrısı Diz ağrısı Omuz ağrısı Kollarda / 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:





Ulli Ayurveda

Cilt, Saç, Tırnaklar (Rasa, Rakta, Asthi Dhatu)

- Kuru cilt Yağlı cilt Sivillceler Çıiban Kaşınma Kızarıklık Kurdeşen Egzama
 Sedef Hastalığı Et beni 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 _____

Üriner / 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 Yumurtalıklarda ağrı, rahatsızlık, şişme Kasıklarda başka ağrı / rahatsızlık
 Sertleşme sorunu Erken boşalma Düşük libido
 Diğer _____

Kadınlar / Jinekolojik

- 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 işaretleyin.
 Anksiyete Sinirlilik Depresyon Tatlı aşırma Baş dönmesi Baş ağrısı
 Uykusuzluk İştah artışı İştah azalması Miğde şiskinliği 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 adet in yaklaşık tarihi? _____
Menapoza bağlı olduğunu düşündüğünüz rahatsızlıklarınız varsa lütfen belirtin:

Diğer jinekolojik rahatsızlıklar?

Zamanınız İçin Teşekkür Ederiz



UlliAyurveda

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 _____