**Jméno: Telefon:   
Příjmení: E-mail:   
Rok narození:   
Adresa bydliště:**

**Vaše váha a výška, krevní skupina:**

**Závažná onemocnění v rodině** (rodiče, sourozenci)**:**

**Závažná osobní onemocnění:**

**Farmakologická anamnéza** (užívané léky)**:**

**Gynekologická anmnéza** (porody, potraty, kojení, problémy s otěhotněním, atd.)**:**

**Abúzus** (kouření, alkohol, černá káva, jiné)**:**

**Alergie:**

**Pracovní anamnéza** (povolání, zaměstnavatel)**:**

**Spánek** (narušený, časté buzení, problémy s usínáním)**:**

**Výživa:**

Dietní omezení:

Doplňky stravy:

Příjem tekutin/24hod:

Příjem potravy (porušené polykání, nadměrná/nedostatečná výživa):

**Vylučování:**

Problémy s močením (pálení, řezání, časté, v noci, atd.):

Zácpa / průjmy:

**Celkový vzhled:**

Barva kůže:

Defekty:

Znaménka (počet, velikost):

**Chřipka, rýma, nachlazení za poslední měsíc:**

**Aktivita** (trávení volného času)**:**

**Stres** (zvládání stresu, podpora rodiny)**:**

**Trpíte bolestmi? Popište.** (např. kde Vás bolí, zda je bolest akutní či chronická)

Hodnocení bolesti stupnice 0-10 (žádná bolest 0, nesnesitelná bolest 10):

**Kvůli jaké nemoci se chcete zúčastnít programu HARP:**

**Jméno a adresa ošetřujícího lékaře (popř. odborných lékařů):**

**Máte zkušenosti s konopím, jaké?**

**Jak jste se o nás dozvěděli:**

**Údaje o osobě, která je oprávněná za Vás jednat (vyplňte pouze, je-li relevantní):**

**Souhlasíte s případným natáčením či fotodokumentací léčby?**

Souhlasím Nesouhlasím

Zpracováno dne:

Zpracoval: