



Kesehatan Alami Terintegrasi

KUESIONER RIWAYAT KESEHATAN

Biarkan Terapi Alami Dimulai

BAGIAN SATU : MENGENAL ANDA

Nama Lengkap Pasien

Keanggotaan

Saya pasien member BSI

Saya belum menjadi member

Kontak

Profesi

Status Pekerjaan

Bekerja penuh waktu
Pensiun

Tidak bekerja
Self-employed

Sedang berlibur
Lainnya, mohon komentar

Lokasi Anda saat ini

Email

Silahkan pilih di mana Anda ingin bertemu dengan Dokter BSI ...

Canggu / Tibubeneng, Dokter Vincent, untuk semua layanan

Ubud / Sanggingan, Dokter Steven, untuk semua layanan

GWK / Jimbaran, Dokter Igo, untuk semua layanan

GWK / Jimbaran, Dokter Mona, untuk semua layanan

Kewarganegaraan

Kapan Anda ingin membuat janji temu ?

Yang menyarankan Anda

Beritahu kami layanan apa yang Anda inginkan di BSI ...

Program BSI Detoks 43 Hari, dengan 133 tes lab dan analisa yang komprehensif

- Rp. 4.300.000

Program Deep Dive Parasit & Penyakit Serta Pengobatannya

- Rp. 5.500.000

Hormon & Kesuburan Wanita, Pengujian & Diagnosa dengan Terapi Alami

- Rp. 7.700.000

Hormon & Kesuburan Pria, Pengujian & Diagnosa dengan Terapi Alami

- Rp. 7.700.000

* tidak termasuk resep obat & terapi

Layanan berikut ini dapat disertakan tanpa biaya dokter tambahan (namun obat-obatan atau tes dikenakan biaya dengan tarif normal), jika diminta di sini sebelumnya. Terapi dan obat-obatan akan dikenakan biaya setelah pengujian selesai.

Brain Fog & Memori, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Mohon jelaskan apa yang Anda inginkan dari BSI...

Depresi & Kecemasan, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Hipertensi, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Insomnia, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Terapi NAD+, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Program Berhenti Merokok, Tes & Diagnosa dengan Terapi Alami

Tidak ada

Parameter waktu layanan

Saya berada di Bali selama 6 minggu atau lebih, dan dapat menerima layanan penuh (disarankan).

Saya berada di Bali selama 3 minggu dan dapat menerima layanan yang dipercepat, dengan sisa terapi yang dapat dibawa pulang, dengan konseling melalui email.

Saya berada di Bali 1-2 minggu, dan dapat memulai layanan, dengan sisa terapi yang dibawa pulang, dengan konseling melalui email.

Saya berada di Bali selama 3-4 hari kerja, dan dapat menerima tes awal dan hasil tes. Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

Saya berada di Bali selama 1-2 hari kerja, dan dapat menerima tes awal saja. Saya dapat menerima hasil tes melalui email, dengan konseling melalui email dalam waktu kurang dari 1 minggu (biaya tambahan). Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

Saya berada di Bali selama 1-2 hari kerja, dan dapat menerima tes awal saja. Saya dapat menerima hasilnya melalui email, dengan konseling video secara online selama satu jam, dikombinasikan dengan konseling email berikutnya. Panggilan video harus dilakukan dalam waktu kurang dari satu minggu. (Biaya tambahan). Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

BAGIAN KEDUA : INFORMASI PENTING PASIEN

Apakah Anda mampu merawat diri sendiri, mampu berjalan?

- YA, saya bisa merawat diri sendiri dan berjalan
TIDAK, saya tidak bisa merawat diri sendiri dan berjalan

Jenis kelamin

- | | |
|-----------------|---------------|
| Laki-laki | Usia Anda |
| Perempuan | Kepercayaan |
| Pilihan Lainnya | Tanggal Lahir |

BAGIAN KETIGA : PERMINTAAN LAYANAN OLEH PASIEN

Jelaskan secara lengkap penyakit atau kekhawatiran Anda

Berat badan saat ini

Tinggi badan saat ini

Golongan darah (jika tahu)

Thalasemia

- Tidak, saya tidak mengidap thalasemia
Ya, saya mengidap thalasemia

Hemofilia

- Tidak, saya tidak mengidap Hemofilia
Ya, saya mengidap Hemofilia

Jelaskan kebiasaan olahraga Anda

- Tipe 0: Tidak banyak. Tidak banyak bergerak.
Tipe 1: Sesekali berjalan singkat, relaksasi
Tipe 2: Yoga, Pilates, peregangan, dll. Sesekali menaikkan detak jantung
Tipe 3: Sesekali atau sering berlari, melompat, trampolin, jogging, menunggang kuda
Tipe 4: Angkat beban, pembentukan otot, (latihan ketahanan)
Tipe 5: Super Atletis, berlatih atau berolahraga hampir setiap hari.

Tingkat stres

- 1 (Tidak ada atau sangat sedikit stres, santai, puas)
- 2 (Stres yang normal dalam mengelola rumah atau lingkungan sekitar, tetapi bahagia)
- 3 (Stres normal karena pekerjaan atau hubungan yang menantang, bisa membutuhkan lebih banyak istirahat)
- 4 (Stres pekerjaan sedang, emosi yang menantang, sedikit rewel tetapi dapat mengatasinya)
- 5 (Stres sedang atau lebih tinggi akibat penyakit dan/atau kehidupan rumah tangga/kehidupan kerja, butuh cuti tapi tidak bisa)
- 6 (Sangat stres dan emosional, butuh jarak, sesekali membentak/membentak orang lain)
- 7 (Kemarahan atau kesedihan ringan hampir sepanjang waktu. Bekerja keras untuk menghindari konflik dengan orang lain, mungkin sedang mengonsumsi obat-obatan terkait)
- 8 (Sering marah, depresi, tidak ada yang masuk akal, terlalu jenuh dengan lingkungan dan masyarakat, membentak atau menyerang orang lain)
- 9 (Tidak ada harapan, tidak ada kesabaran, di luar kemampuan untuk tenang atau santai, tidak bisa tidur)
- 10 (Merasa sama sekali tidak berguna, menahan diri dari kontak publik, sepenuhnya anti-sosial)

Waktu biasanya saya tidur

Tidur siang

Saya tidak tidur siang

Saya tidur siang (berapa banyak selama seminggu)

Saya biasanya tidur siang (berapa lama)

Kebiasaan tidur

Saya diberitahu bahwa saya mendengkur di malam hari

Saya pulih dari jet lag dengan susah payah

Saya mengalami kesulitan untuk tidur

Saya tertidur lelap

Jam tidur saya sudah cukup

Saya merasa kuat setelah tidur

Saya puas dengan tidur saya

Saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur

Saya terbangun saat tidur

Saya mudah terbangun karena suara bising

Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur ketika terbangun di tengah malam

Saya berguling-guling

Saya tidak pernah kembali tidur setelah terbangun saat tidur

Waktu biasanya saya bangun

Kurang tidur membuat saya sakit kepala

Tidur yang buruk membuat saya jengkel

Kurang tidur membuat saya kehilangan nafsu makan

Kurang tidur membuat saya sulit berpikir

Kurang tidur membuat saya sulit berkonsentrasi

Kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain

Kurang tidur membuat saya lebih mudah melupakan sesuatu

Kurang tidur membuat saya kehilangan keinginan dalam segala hal

Rasa kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya

Saya mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur

Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur

Saya merasa segar setelah tidur

Masukkan komentar Anda

BAGIAN EMPAT : PERTANYAAN KESEHATAN UMUM

Pola makan. Apakah pasien mengkonsumsi makanan ini mingguan atau harian ?

Produk gandum (pasta, mie, roti dll?)

Masukkan komentar Anda

Sering makan makanan manis / gula, jajan, permen dll?

Makanan cepat saji, keripik, kue, permen, dll.

Produk susu (susu, es krim, keju, yoghurt, dll.)

Produk kedelai (tahu, tempe, kecap, tepung kedelai, dll.)

Daging olahan yang sudah dikemas sebelumnya (daging kalengan dalam bentuk apa pun, campuran daging, daging asap, daging bekal, sosis, dll.)

Mengkonsumsi makanan dalam kemasan kotak, kaleng, kantong, dan makanan siap saji dari supermarket (sereal, makanan beku, dll.)

Lemak berkualitas rendah, (minyak kedelai, kanola, jagung, minyak yang sangat diproses, mentega yang dihidrolisis, dll.)

Jus, jus perasan dingin, smoothie, shake, dll.

Makanan bubuk (spirulina, chlorella, whey, campuran atletik, dll.)

Sup, semur, dll.

Kopi, teh, ginseng, cokelat (makanan atau minuman yang mengandung kafein)

Alkohol, bir, anggur, minuman campuran. Seberapa sering, dan jenisnya

Air tawar yang bersih. Saya minum berapa banyak setiap hari

"Makanan putih" (nasi putih, mie putih, roti putih, gula putih, susu putih, garam putih, dll.)

Makanan mentah (salad, kacang-kacangan, sushi, dll.)

Minyak biji seperti biji kapas, kedelai, kanola, jagung, kelapa sawit, dll.

Minyak kelapa extra virgin murni (EVCO) atau minyak zaitun extra virgin

Makanan liar atau semi-liar, seperti alpukat, mangga, kelapa, ikan laut segar, buah beri, dll.

Lainnya yang tidak tercantum di atas. Mohon jelaskan.

Makanan dan Minuman yang dikonsumsi SETIAP HARI

Apakah Anda makan di restoran / kafe / pedagang kaki lima, dll?

Jika memungkinkan, beri tahu kami nama-nama restoran yang paling sering Anda kunjungi, dan ulasan Anda tentang restoran tersebut. Kami menerbitkan daftar restoran yang cocok untuk pasien kami.

Hampir tidak pernah

Masukkan komentar Anda

1-3 kali seminggu

3-6 kali seminggu

1 kali setiap hari

2 kali setiap hari

3 kali setiap hari

Suplemen nutrisi

Vitamin A / total setiap hari

Masukkan komentar Anda

Vitamin B Kompleks atau vitamin B tunggal / total harian

Tablet vitamin C, pil, bubuk, dll. / Total setiap hari

Vitamin D / total setiap hari

Vitamin E / total setiap hari

Mineral, gabungan atau tunggal / total harian

Serbuk hijau, spirulina, chlorella, dll. / Total setiap hari

Bubuk / minuman pembentuk tubuh, dll. / kapan dan berapa banyak

Probiotik. Harap sebutkan jenis dan seberapa sering

Suplemen herbal / teh, bubuk, dll.

BSI Therapure Nutraceuticals yang dikonsumsi saat ini atau di masa lalu

Suplemen / obat / vitamin injeksi / kapan dan total

Suplemen lainnya yang tidak tercantum di sini

Tidak satu pun

Pertanyaan umum tentang kesehatan

Nyeri kronis atau sese kali

Masukkan komentar Anda

Demam baru-baru ini

Cidera baru

Cidera lama

Dingin menggigil atau berkeringat dingin

Tekanan darah tinggi

Tekanan darah rendah

Tungkai dan kaki (bengkak, sendi kaku, dll.)

Arteriosklerosis (arteri tersumbat)

Tidak ada satu pun

Otak dan area kepala

- Botak, rambut rontok, kulit kepala berjerawat, rambut menipis atau rontok sebelum waktunya
Sakit kepala karena tekanan
Sakit kepala yang berdenyut
Sakit kepala bagian belakang
Sakit kepala pada dahi
Sakit kepala di sekitar atau di belakang mata
Memori hilang
Pusing atau pingsan
Didiagnosis dengan tumor atau penyakit otak
Riwayat cidera otak atau kepala
Operasi otak
Gugup, gemetar, kurang kontrol motorik, dll.
Kelumpuhan di bagian tubuh/ lemah anggota gerak
Kurangnya sensitivitas sensorik (kebas, dll) di bagian tubuh mana saja
Kelelahan berlebihan di bagian tubuh mana saja
Stroke
Masalah kulit kepala, ketombe, gatal, mengelupas, dll.
Tumor, pertumbuhan, tahi lalat, kutil, dll di kulit kepala atau kepala
Operasi kepala lainnya, seperti di telinga, hidung, leher dll
Sesuatu yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Gigi dan Mulut

- Saya memiliki gigi dan gusi yang sangat sehat
Saya memiliki gigi yang hilang, berapa banyak
Saya memiliki gigi yang terkelupas atau sebagian
Saya memiliki gigi yang sakit atau membusuk
Saya mengalami gusi berdarah
Saya memiliki gusi yang surut
Saya memiliki gigi palsu
Semua atau sebagian besar gigi asli telah dicabut
Saya memiliki tambalan amalgam, berapa banyak
Saya memiliki tambalan keramik, berapa banyak
Saya memiliki tutup gigi atau mahkota pada gigi asli
Saya memiliki saluran akar dengan metode baru yang lebih baru
Saya memiliki saluran akar dengan metode yang lama
Saya memakai atau pernah memakai kawat gigi
Saya memiliki gigi palsu atau jembatan gigi
Saya memiliki sariawan atau pertumbuhan di dalam mulut atau lidah saya
Saya menderita atau pernah menderita herpes mulut
Saya kehilangan indera perasa atau penciuman
Saya menggunakan obat kumur komersial
Saya diberitahu bahwa saya memiliki bau mulut hampir sepanjang waktu
Saya memiliki jumlah lendir atau air liur yang berlebihan

Masukkan komentar Anda

Gangguan tiroid / pembengkakan

Minum obat tiroid
Mengalami operasi atau pengangkatan tiroid
Area tiroid meradang atau kesakitan
Terkena radiasi nuklir yang mungkin mempengaruhi tiroid
Tidak pernah atau tidak yakin

Sinus, telinga, tenggorokan

Infeksi telinga/ sinus baru-baru ini atau sudah lama
Adakah pembengkakan atau nyeri di area tenggorokan
Operasi yang dilakukan di area tenggorokan
Kelenjar getah bening yang bengkak atau nyeri di leher atau tenggorokan
Suara serak atau kering
Benjolan atau bintil keras di mana saja di dalam mulut, sinus, gusi
Kesulitan menelan
Lendir lengket di daerah tenggorokan
Sesuatu yang tidak tercantum di atas
Tidak pernah atau tidak yakin dengan semua hal di atas

Mata

Objek melayang dalam penglihatan?
Penglihatan terowongan/ menyempit (tunnel vision)
Penglihatan malam yang buruk
Pakai lensa korektif
Operasi mata (penyelarasan, Lasix, perbaikan, dll.)
Kebutaan penuh atau parsial
Sesuatu yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Sistem pencernaan

Kesulitan ketika menelan
Masalah pencernaan spesifik pada hati, kantung empedu, pankreas, lambung, usus, dll.
Diabetes / hipoglikemia / menginginkan gula
Terkadang atau sering mengalami konstipasi
Kembung, gangguan pencernaan, diare, muntah, gas yang berlebihan, dll
Diare sese kali atau sering
Tinja berwarna aneh, abu-abu, kuning, hijau, merah, hitam
Pendarahan dubur, atau darah dalam tinja
Wasir
Anus gatal atau iritasi
Kram, sakit perut
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Permukaan kulit dan tubuh

Keringat berlebihan atau bau badan
Kulit kering atau bersisik
Pertumbuhan, infeksi kulit, kelainan kulit apa saja pada tubuh
Memar yang berlebihan, perubahan warna atau bintik-bintik

Masukkan komentar Anda

Masukkan komentar Anda

Masukkan komentar Anda

Masukkan komentar Anda

Varises / Tromboflebitis
Memakai produk pengelupasan kulit (eksfoliat) kosmetik / Glycolic Acid
Pernahkah Anda mendapat suntikan Botox atau sejenisnya
Perubahan atau kelainan kuku. Tolong jelaskan
Operasi / transplantasi kulit apa pun. Bagaimana hasilnya
Kaki dan paha (bengkak, kaku sendi, dll.)
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Sistem pernapasan

Gangguan asma / paru-paru
Sesak napas
Batuk kronis dan / atau nyeri dada
Infeksi yang sering terjadi
Sinus dan / atau infeksi telinga? Bagaimana perawatannya
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Merokok

Rokok tembakau, merek apa, seberapa sering, dari kapan hingga kapan
Vaping. Merek apa, seberapa sering, dari kapan hingga kapan
Cerutu, pipa, tembakau kunyah, dll
Zat selain tembakau
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Ginjal, kelenjar adrenal, kandung kemih, saluran kemih

Operasi saluran kemih. Penyebab dan hasilnya
Pertumbuhan atau erupsi pada atau di sekitar genitalia
Pembengkakan getah bening atau benjolan di sekitar anus, perineum, alat kelamin, dan daerah sekitarnya
Mengalami rasa sakit atau tidak nyaman ketika seks
Minum diuretik untuk memfasilitasi buang air kecil
Infeksi saluran kemih. Baru-baru ini atau sering
Rasa terbakar atau sulit buang air kecil
Bangun di malam hari untuk buang air kecil. Berapa kali
Tidak ada satu pun atau respon lainnya

Masukkan komentar Anda

Sistem jantung dan peredaran darah

Aritmia (detak jantung tidak teratur)
Takikardia (detak jantung cepat yang tidak normal)
Bradikardia (denyut jantung lambat yang tidak normal)
Pernah menderita serangan jantung
Nyeri dada di dalam atau di sekitar jantung
Operasi atau terapi terkait jantung
Kelainan darah
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Sistem Reproduksi Pria

Masalah prostat - operasi, nyeri, dll
Masalah ereksi
Adanya cairan / nanah dari penis (duh tubuh) atau iritasi pada penis
Masalah testis - pembengkakan, perubahan warna, operasi
Riwayat penyakit menular seksual (STD), sedang berlangsung atau di masa lalu, yang mungkin menyebabkan kekhawatiran Anda di sini
Mengonsumsi terapi hormon apa pun yang memengaruhi reproduksi
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Sistem Reproduksi Wanita

Operasi sistem reproduksi. Jelaskan kapan, mengapa, dan hasilnya
Sedang hamil
Menggunakan alat kontrasepsi apa saja. Jenis apa, untuk berapa lama
Mengonsumsi terapi hormon apa pun yang memengaruhi reproduksi
Saat ini sedang menstruasi pada siklus yang konsisten
Apakah menstruasi sangat berat atau sangat ringan, durasinya aneh. Tolong beri komentar
Menopause. Sudah berapa lama
Penyakit menular seksual (PMS). Sekarang atau di masa lalu
Nyeri atau keputihan
Endometriosis
Masalah payudara (pembengkakan getah bening, nyeri, dll.)
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Proyeksi awal siklus menstruasi

Proyeksi akhir siklus menstruasi

Sistem Reproduksi Wanita

Tujuan Pengujian: (saat melakukan pengujian lengkap, bukan hanya hormon tertentu) Pastikan untuk menjadwalkan pengujian hormon yang selaras dengan menstruasi. Silakan pilih masalah Anda di bawah ini

Fungsi hormonal secara umum: Tes dapat dilakukan kapan saja di luar masa menstruasi
PCOS: Kapan saja di luar masa menstruasi
Kesuburan / Fungsi ovarium: Tes pada hari ke-3 (tetapi tidak dapat melakukan tes urine pada hari ini)
Menopause / Peri-menopause: Tes pada hari ke-3 (tetapi tidak dapat melakukan tes urin pada hari ini)
Emosi yang berat: Tes sekitar hari ke 19-22
Menstruasi ringan atau berat: Tes sekitar hari ke 19-22
Kekhawatiran khusus tentang Estrogen atau Progesteron: Tes hari ke 19-22
Periode yang hilang: Tes kapan saja

Masukkan komentar Anda

BAGIAN KELIMA : PENYAKIT PASIEN DAN PENYEBABNYA

Alergi

Hewan
Obat-obatan tertentu
Produk susu
Debu
Jamur
Kacang atau biji-bijian
Alergi lain yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Gangguan Autoimun

Alopecia areata. Kerontokan rambut yang dimulai dengan satu atau lebih bercak botak melingkar yang mungkin tumpang tindih
Ankylosing spondylitis. Artritis (radang sendi) yang menyerang tulang belakang dan sendi-sendi besar
Penyakit celiac. Intoleransi terhadap gluten, protein yang ditemukan dalam gandum dan gandum hitam
Lupus. Penyakit radang yang disebabkan ketika sistem kekebalan tubuh menyerang jaringannya sendiri
Sklerosis multipel. Suatu penyakit di mana sistem kekebalan menggerogoti lapisan pelindung saraf (selubung myelin)
Polymyalgia rheumatica. Gangguan peradangan yang menyebabkan nyeri otot dan kekakuan di sekitar bahu dan pinggul
Radang sendi. Gangguan peradangan kronis yang mempengaruhi banyak sendi, termasuk di tangan dan kaki
Sindrom Sjogren. Gangguan sistem kekebalan yang ditandai dengan mata kering dan mulut kering
Arteritis temporalis. Peradangan pembuluh darah arteri di area pelipis
Diabetes tipe 1. Suatu kondisi kronis di mana pankreas memproduksi sedikit atau tidak ada insulin
Vaskulitis. Peradangan pada pembuluh darah yang menyebabkan perubahan pada dinding pembuluh darah
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar

Kanker

Apakah Anda sekarang menderita kanker, atau sebelumnya menderita kanker. Tolong jelaskan
Stadium dan jenis kanker (jika ada, mohon detailnya)
Hasil dari tes medis sebelumnya. (Harap berikan salinan terbaru saat kami bertemu - tolong jangan sertakan di sini)
Kemoterapi intravena
Kemoterapi oral
Terapi hormon
Terapi radiasi
Saya menjalani terapi holistik atau alami untuk kanker dan penyakit terkait
Kondisi lainnya yang tidak tercantum di sini. Tolong jelaskan
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Penyakit hepatitis atau hat

Menguningnya mata atau kulit

Masukkan komentar Anda

Hepatitis A (HAV) (Hepatitis A ditularkan terutama melalui makanan atau air yang terkontaminasi oleh tinja dari orang yang terinfeksi.)

Hepatitis B (HBV) (Virus hepatitis B menyebar melalui darah, air mani, atau cairan tubuh lainnya.)

Hepatitis C (HCV) (Virus hepatitis C menyebar melalui kontak dengan darah orang yang terinfeksi - melalui luka pada bagian tubuh manapun termasuk genital. Juga melalui penggunaan narkoba suntikan, praktik injeksi yang tidak aman, perawatan kesehatan yang tidak aman, dan transfusi darah dan produk darah yang tidak diskriminasi.)

Hepatitis D. (HDV) (Infeksi Hepatitis D hanya terjadi dengan infeksi virus hepatitis B. Koinfeksi HDV-HBV dianggap sebagai bentuk paling parah dari virus hepatitis kronis.)

Hepatitis E (HEV) (Virus hepatitis E ditularkan terutama melalui air minum yang terkontaminasi. Ini biasanya infeksi yang sembuh sendiri dan sembuh dalam waktu 4 hingga 6 minggu.)

Koinfeksi HDV-HBV dianggap sebagai bentuk hepatitis virus kronis yang paling parah).

NON-viral Hepatitis. Tolong jelaskan

Tidak ada satu pun

Herpes

Herpes Simplex 1 (HSV-1) (Ulkus oral di dalam atau di sekitar mulut atau bibir. Berhubungan dengan gangguan bipolar, penyakit Alzheimer dan banyak lagi.)

Masukkan komentar Anda

Herpes Simplex 2 (HSV-2) (Genital / daerah dubur. Terkait dengan meningitis Mollaret)

Herpes 3 (HHV-3 or VZV) (Cacar Air, Herpes Zoster, Human Herpes Varicella-Zoster)

Herpes 4 (Epstein Barr HHV 4) (terkait dengan Mononukleosis, Limfoma, Lupus, Arthritis, MS, Kelelahan Kronis, dll.)

Herpes 5 (Cytomegalovirus HHV 5 atau CMV) (terkait dengan Infectious mononucleosis ('penyakit berciuman'), retinitis)

Herpes 6 (HHV-6) (Terkait dengan Sindrom Kelelahan Kronis, disfungsi kognitif, disfungsi otonom, Roseolovirus, Virus Lymphotropis - menginfeksi sekitar 70% manusia. Gejala yang konsisten dengan hepatitis dan ensefalitis.)

Herpes 7 (HHV-7) (Terkait dengan Pityriasis Rosea. Juga terkait dengan sindrom hipersensititas yang diinduksi oleh obat, ensefalopati, sindrom hemikonvulsi-hemiplegia-epilepsi, infeksi hepatitis, mieloradikuloneuropati paska infeksi, pityriasis rosea, dan reaktivasi HHV-4, yang mengarah pada "penyakit-seperti-mononukleosis")

Herpes 8 (HHV-8) (Terkait dengan neoplasma. Penyakit yang disebabkan oleh infeksi HHV-8 termasuk Kaposi Sarcoma, Multicentric Castleman Disease (MCD), Primary Effusion Lymphoma (PEL), yang terjadi terutama pada pasien dengan infeksi HIV.)

ParvoVirus (B-19) (Berhubungan dengan Slapped Cheek Syndrome, Seronegative Arthritis, Anemia Aplastik, Penyakit Sel Sabit, ensefalitis, meningitis, stroke, neuropati perifer, dan banyak lagi.)
Tidak yakin atau kondisi lain yang tidak tercantum di atas.
Tidak ada satu pun

Paparan beracun

Terkena bahan kimia atau racun dari mesin, pelarut, bahan bakar, pembersih industri, dll **Masukkan komentar Anda**
Pembunuhan serangga atau hama di rumah atau di sekitar tempat Anda (seberapa sering, merek apa)
Pembunuhan serangga yang disemprotkan atau digosokkan ke tubuh (seberapa sering, merek apa)
Jelaskan secara singkat setiap paparan bahan kimia beracun yang pernah dialami
Paparan lainnya yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Paparan radioaktif

Paparan radioaktif dari perjalanan menggunakan pesawat terbang (berapa banyak penerbangan per tahun) **Masukkan komentar Anda**
Paparan radioaktif dari CT scan, MRI, X-ray. Berapa kali?
Apakah 'kontras' disuntikkan ke dalam tubuh selama prosedur
Penggunaan ponsel di sebelah kepala (rata-rata berapa jam per hari)
Tinggal dalam jarak 100 meter dari menara pemancar seluler atau radio. Tolong jelaskan.
Saya pernah tinggal atau bekerja di dekat pembangkit listrik tenaga nuklir atau fasilitas nuklir
Saya pernah tinggal di dekat atau mengunjungi Chernobyl, Fukushima, Hanford, atau area terkontaminasi lainnya
Saya pernah mengalami kerontokan rambut mendadak yang tidak dapat dijelaskan atau kulit berbintik-bintik, dll.
Sumber radioaktivitas lainnya yang tidak tercantum di atas.
Mohon jelaskan
Tidak ada satu pun

BAGIAN KEENAM : OBAT-OBATAN DULU DAN SEKARANG

Obat-obatan umum yang diminum pasien selama 2 tahun terakhir atau kurang

Aspirin / Obat pereda nyeri lainnya **Masukkan komentar Anda**
Ibuprofen (Advil / Motrin)
Panadol / Paracetamol / Tylenol / Benadryl / Acetaminophen
Sudafed / Claritin / anti-histamin
Diuretik (memfasilitasi buang air kecil)
Coumadin/ Heparin/ Pengencer darah (pencegahan stroke)
Statin -Anti-kolesterol, (Lipitor, Crestor, Zocor)
Prozac atau zat serupa
Anti-jamur (pada kulit atau secara oral)

Estrogen / HGH / hormon lainnya
Obat lainnya yang tidak tercantum di atas.
Tidak ada satu pun

SEMUA obat, suplemen, obat herbal, dll. yang sedang Anda konsumsi

Vaksin atau Inokulasi - Apakah Anda mengalami reaksi ? Jika ya, bagaimana dan di mana ? Apakah Anda mengalami infeksi covid setelahnya? Apakah Anda pernah menerima vaksin di bawah ini selama bertahun-tahun ?

COVID 19 - SUNTIKAN PERTAMA - Mohon sebutkan NAMA MEREK (Johnson & Johnson, AstraZeneca, Moderna, Pfizer, BioNTech, Sinovac, dll.) Mohon sebutkan juga TANGGAL dan TEMPAT atau KLINIK tempat suntikan diterima (sangat penting). Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

COVID 19 – SUNTIKAN KEDUA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

COVID 19 – SUNTIKAN BOOSTER PERTAMA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

COVID 19 – SUNTIKAN BOOSTER KEDUA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

Sudah berapa kali anda tes PCR / Swab

Vaksin Cacar Air (Varicella)

Vaksin Kolera

Vaksin flu musiman (flu shot)

Vaksin Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP)

Vaksin Haemophilus Influenzae tipe B (Hib)

Vaksin Hepatitis A

Vaksin Hepatitis B

Vaksin HPV

Vaksin Ensefalitis Jepang

Vaksin Malaria

Vaksin Measles-Mumps-Rubella (MMR)

Vaksin Meningococcalconugate

Vaksin Meningitis

Vaksin Virus Pneumococcal (PCV)

Vaksin Polio

Vaksin Rabies

Vaksin Rotavirus (RV)

Vaksin Td atau Tdap (tetanus, difteri, dan pertusis) meningkat setiap 10 tahun

Vaksin Tifoid dan Paratifoid

Vaksin Demam Kuning

Vaksin Virus Zoster

Vaksinasi lain yang tidak tercantum di atas, mohon jelaskan

Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Antibiotik dalam 10 tahun terakhir

Amoxicillin. Antibiotik penisilin yang diresepkan untuk radang amandel, bronkitis, pneumonia, gonore, dan infeksi pada telinga, hidung, tenggorokan, kulit, atau saluran kemih, dan banyak lagi
Amoxicillin / Clavulanate. Kombinasi antibiotik penisilin yang melawan bakteri dengan spektrum luas
Azithromycin. Diberikan untuk infeksi pernapasan, kulit, dan telinga, dan penyakit menular seksual
Cephalexin. Diresepkan untuk infeksi saluran pernapasan atas, infeksi telinga, infeksi kulit, dan infeksi saluran kandung kemih
Ciprofloxacin (fluoroquinolone). Diresepkan untuk antraks, infeksi saluran kemih dan banyak lagi
Clindamycin. Antibiotik spektrum luas yang melawan bakteri dalam tubuh
Doxycycline. Untuk infeksi saluran kemih, infeksi usus, infeksi mata, gonore, klamidia, periodontitis (penyakit gusi), dan lainnya
Levofloxacin (fluoroquinolone). Untuk kulit, sinus, ginjal, kandung kemih, prostat, bronkitis, pneumonia, antraks
Metronidazole (Clindamycin hydrochloride). Antibiotik spektrum luas yang kuat yang memerangi bakteri di dalam tubuh
Sulfamethoxazole / Trimethoprim. Antibiotik spektrum luas yang membunuh bakteri dalam tubuh
Antibiotik yang tidak tercantum di atas
Paparan dari makanan seperti ayam, telur, ikan, daging, dll
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

BAGIAN KETUJUH : TERAPI DI MASA LALU DAN MASA KINI

Kebahagiaan dan kesejahteraan

Saya bahagia dan sejahtera
Kekuatan saya ialah
Kelemahan saya ialah
Saya sedang / pernah menderita depres
Saya sering merasa cemas
Saya minum obat penenang (untuk depresi atau rasa cemas)
Saya mudah marah
Saya sedang / pernah melatih segala bentuk pemusatan pikiran, seperti meditasi atau saat teduh
Jawaban lain yang tidak tercantum di atas

Masukkan komentar Anda

Terapi yang diterima dalam 2 tahun terakhir atau sekarang diterima

Akupunktur
Aromaterapi
Terapi kelas
Terapi Kolon / usus besar
Detoksifikasi
Terapi ganja
Kemoterapi
Obat alami
Homeopati

Masukkan komentar Anda

Naturopati
Terapi oksigen
Terapi prolo
Terapi radiasi
Reiki
Infus vitamin C
Terapi lain yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Operasi dan pembedahan

Operasi usus buntu
Pengambilan amandel
Operasi pencernaan
Operasi elektif. Tolong jelaskan
Operasi darurat
Operasi mata
Operasi jantung
Operasi kulit, termasuk pengangkatan lesi atau kanker, dll
Operasi lain yang tidak tercantum di atas
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Obat anti jamur

Obat antijamur oral
Antijamur topikal
Obat anti jamur lain yang kurang anda pahami
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Parasit

Penanganan untuk parasit bagian pencernaan? Jika ya, sertakan waktu dan proses penanganan. Apakah perawatannya berhasil
Penanganan untuk parasit di kulit atau rambut
Sering kembung atau banyak gas
Pendarahan atau gatal di daerah anal
Munculnya benda seperti senar atau lendir di tinja
Saya hidup dengan anjing atau kucing
Masalah parasit lain yg tidak tercantum di atas.
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

Hal lain yang relevan

Catatan :

Silakan isi formulir offline ini, lalu simpan
Kirimkan formulir ini melalui email ke : survey@bsi.international
- atau -
Cetak dan bawa ke pertemuan pertama Anda.
(Harap dicatat bahwa ini akan menambah 30 menit pada kunjungan pertama Anda).