

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE – Metodo Frequency®

1. DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome

Età

Sesso ☐ M ☐ F

Indirizzo

Telefono

Email

2. STORIA MEDICA GENERALE

Hai una diagnosi medica attuale? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, specifica

Hai subito interventi chirurgici? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali e anno

Assumi farmaci regolarmente? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali

Allergie o intolleranze note? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali

Patologie croniche o ricorrenti? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali

Disturbi del sonno? (☐ Sì ☐ No)

Traumi fisici importanti? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, descrivi

3. STORIA EMOTIVA E STILE DI VITA

Ti consideri una persona (☐ Calma ☐ Ansiosa ☐ Impulsiva ☐ Riflessiva)

Livello di stress (1-10)

Attività fisica regolare (☐ Sì ☐ No) – Tipo e frequenza

Segui una dieta particolare

Abitudini nocive (fumo, alcol, ecc.)

4. MOTIVO DELLA RICHIESTA

Motivo principale per cui desideri utilizzare il Metodo Frequency

Da quanto tempo hai questo disturbo/disagio?

Hai già provato altri trattamenti? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali e risultati

6. OBIETTIVI PERSONALI

Riduzione del dolore ☐

Maggiore equilibrio emotivo ☐

Maggiore energia e vitalità ☐

Miglioramento del sonno ☐

Altro: _____

In quanto tempo ti aspetti miglioramenti?

Disponibile a mantenere costanza nel percorso? (☐ Sì ☐ No)

7. CONSENSI

Autorizzo trattamento dati (GDPR) ☐ Sì

Dichiaro di aver compreso che il Metodo Frequency non sostituisce trattamenti medici ☐ Sì

Firma: _____

Data: _____