

1. Samopoczucie i zdrowie psychiczne

- Jak oceniasz swoje ogólne samopoczucie po pierwszym tygodniu?

Odpowiedź:

- Czy zauważyłeś/aś jakiegolwiek zmiany w nastroju od rozpoczęcia terapii? Jeśli tak, jakie?

Odpowiedź:

- Czy doświadczyłeś/aś jakichkolwiek momentów obniżonego nastroju, niepokoju lub stresu? W jakich sytuacjach się to pojawiało?

Odpowiedź:

- Jak oceniasz efektywność technik relaksacyjnych w łagodzeniu stresu?

Odpowiedź:

2. Dzienniczek żywienia

- Czy udało Ci się regularnie prowadzić dzienniczek żywienia? Jeśli nie, jakie napotkałeś/aś trudności?

Odpowiedź:

- Jak oceniasz swoje nawyki żywieniowe w mijającym tygodniu? Czy były zgodne z zaleceniami?

Odpowiedź:

- Czy zauważyłeś/aś jakieś zmiany w poziomie energii lub samopoczuciu związane z dietą? Jeśli tak, opisz je.

Odpowiedź:

- Czy pojawiły się jakiegolwiek trudności lub wyzwania związane z wprowadzeniem nowych zaleceń dietetycznych?

Odpowiedź:

3. Zioła i suplementacja

- Czy regularnie przyjmowałeś/aś zalecane suplementy? Jeśli nie, jakie były przyczyny?

Odpowiedź:

- Czy zauważyłeś/aś jakiegokolwiek zmiany w samopoczuciu fizycznym (np. energia, trawienie, sen) od momentu rozpoczęcia suplementacji?

Odpowiedź:

- Czy pojawiły się jakiegokolwiek nieprzyjemne objawy (np. problemy żołądkowe, bóle głowy) po przyjęciu suplementów?

Odpowiedź:

- Czy masz jakieś pytania lub wątpliwości związane z suplementacją?

Odpowiedź:

4. Relaksacja i techniki zarządzania stresem

- Jak często praktykowałeś/aś techniki relaksacyjne (np. medytację, ćwiczenia oddechowe) w mijającym tygodniu?

Odpowiedź:

- Jak oceniasz skuteczność tych technik w redukcji poziomu stresu?

Odpowiedź:

- Czy pojawiły się jakiegokolwiek przeszkody lub trudności w wykonywaniu tych praktyk? Jeśli tak, jakie?

Odpowiedź:

- Czy zauważyłeś/aś zmiany w sposobie, w jaki reagujesz na stresujące sytuacje?

Odpowiedź:

5. Objawy fizyczne i reakcje organizmu

- Czy zauważyłeś/aś jakiegokolwiek zmiany w trawieniu (np. wzdęcia, bóle brzucha, regularność wypróżnień) od rozpoczęcia terapii?

Odpowiedź:

- Jak oceniasz swój poziom energii w ciągu dnia w skali 1–10? Czy pojawiły się zauważalne różnice w ciągu tygodnia?

Odpowiedź:

- Czy pojawiły się jakiekolwiek zmiany w jakości snu (np. łatwość zasypiania, długość snu, częste budzenie się)?

Odpowiedź:

- Czy wystąpiły jakiekolwiek inne objawy fizyczne, które mogą być związane z terapią?

Odpowiedź:

6. Ogólne refleksje i potrzeby

- Co było dla Ciebie najłatwiejsze do realizacji w mijającym tygodniu (żywienie, relaksacja, suplementacja)? Co najtrudniejsze?

Odpowiedź:

- Czy zauważyłeś/aś jakiekolwiek pozytywne efekty terapii, które szczególnie Cię zaskoczyły?

Odpowiedź:

- Czy masz jakieś pytania lub wątpliwości dotyczące dalszego postępowania?

Odpowiedź:

- Czy istnieje coś, czego potrzebujesz, aby kontynuować terapię bardziej efektywnie?

Odpowiedź: