



WYWIAD DIETETYCZNY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Email (do wysłania diety/zaleceń i /lub kontaktu):

Udostępniony przez Państwa adres email będzie służył wyłącznie do kontaktu z Państwem, przestania diety, informacji o wizytach, pomiarach itp.. oraz do bieżącego informowania o promocjach i wydarzeniach. Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na mój adres email. Jednocześnie oświadczam, iż rozumiem, że wszelkie zbierane informacje służą celom edukacyjnym i nie mogą, nie stanowią i nie zastępują diagnozy medycznej. Uczestnictwo we wszystkich zajęciach, treningach personalnych oraz stosowanie zalecanej diety jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność stosującego. Jeżeli masz wątpliwości co do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do do uczestniczenia w zajęciach fitness, zajęciach rekreacyjnych, treningach personalnych czy stosowania zalecanej diety zasięgnij opinii swojego lekarza. Zaleca się aby przed przystąpieniem do jakiegokolwiek aktywności ruchowej oraz przed zastsowaniem jakiegokolwiek planu dietetycznego zasięgnąć porady swojego lekarza.

Data i podpis:

Proszę w kilku zdaniach opisać na czym polega Pana/Pani problem? Co chciałby Pan/Pani zmienić? Czy zależy Państwu na zrzućeniu zbędnych kilogramów, na zmianie sposobu odżywiania, wdrożeniu u siebie i rodziny zdrowego sposobu żywienia, czy interesuje Państwa jakiś konkretny cel? (np. chciałabym schudnąć do lata, do wesela itp.?) Czy chodzi o długofalowy proces, a zrzućenie kilku kilogramów ma być tylko dodatkowym efektem. Proszę dość wyczerpująco opisać swoje oczekiwania i preferencje oraz nakreślić jaki macie Państwo stosunek do diety/ sposobu odżywiania?





Proszę o informację czy zależy Pani/panu na zasięgnięciu jedyni eporady dietetycznej, wskazówek i odpowiedzi na nurtujące pytania, czy chcieliby Państwo skorzystać z opcji ułożenia jadłospisu?

.....

.....

I. POMIARY ANTROPOMETRYCZNE

- wzrost:
- waga
- obwód talii (najwęższe miejsce okolic brzucha)
- obwód bioder(mierzony w najszerszym miejscu)

II. INFORMACJE OGÓLNE

Jak wygląda Pana/Pani dzień (proszę opisać czym się Pan/ Pani zajmuje na co dzień)

- Rodzaj wykonywanej pracy:
- Charakter i tryb pracy (siedząca, fizyczna, pół na pół itp):
- ilość godzin pracy w ciągu dnia:
- Ilość dni pracujących w ciągu tygodnia:
- Godziny pracy:
- Przerwy w pracy na posiłek (godziny, czas trwania):

- Czy w miejscu pracy istnieje możliwość zagotowania wody? Podgrzania posiłku?Czy preferujesz posiłki na zimno/na ciepło (np. obiad musi być ciepły)

- Weekendy (tryb, godziny wstania, godziny posiłków, ewentualne zajęcia w szkole itp.):





- Dodatkowa aktywność fizyczna w ciągu dnia? (jak często? W jakiej formie (fitness, spacer, rower, treningi siłowe inne, jakie?) regularnie? Sporadycznie?) regularna aktywność fizyczna? Treningi? Jakiej? Ile trwają? Jakich godzinach (jeśli pory są stałe)
- Aktywność nie treningowa w ciągu dnia- czy do pracy/szkoły dojeżdżasz samochodem/komunikacją miejską/rowerem/pieszko? Mieszkasz w domu piętrowym/mieszkanie na piętrze/parterze? Musisz w ciągu dnia wchodzić po schodach? W pracy/w domu?
- W skali od 1-10 na ile oceniłby Pan/Pani swoją codzienną aktywność (w ciągu całego dnia)?
- Czy stosuje Pan/Pani jakieś używki? Lub stosował/a wcześniej?

UŻYWKI:	Jakie?	Ile?Jak często?	Od jakiego czasu?
Papierosy			
Alkohol			
Kawa			
Mocna herbata czarna			
Inne			

III. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA PACJENTA

- Czy stosuje Pan/Pani jakieś suplementy/zioła/żywność funkcjonalna=żywność o specjalnym przeznaczeniu(jeśli tak proszę wymienić jakie i w jakich ilościach) oraz czy z zalecenia lekarza/dietetyka/znajomego lub na własną rękę?
- Stosowane leki lub inne środki farmaceutyczne? (Jeśli są stosowane proszę wymienić jakie dokładnie(nazwy) w jakich porach są stosowane oraz podać dawki/iłość.)(**proszę podać dokładną listę leków wraz z dawkami i porami przyjmowania**)





- Choroby, czy zdiagnozowano u Pani/Pana jakieś choroby? (jeśli tak, jakie, kiedy)
- Czy wypróżnienia występują regularnie? Ile razy?(w ciągu dnia/tygodnia)
- Jakiej konsystencji jest stolec?
- Jaki ma kolor?
- Czy zdarzają Ci się zaparcia/ biegunki? (jak często?)
- Nietolerancje pokarmowe/ uczulenia? Czy zdiagnozowano u Pani/Pana jakieś nietolerancje lub uczulenia? Czy mimo braku diagnozy odczuwa Pan/Pani jakieś dolegliwości po spożyciu jakiś produktów? Podejrzewa pan/Pani jakąś alergię/nietolerancję?
- Czy wystąpiły/występują jakieś choroby w rodzinie spokrewnionej(rodzice, dziadkowie, rodzeństwo, wujostwo, własne dzieci)? (jeśli tak proszę wpisać u kogo)

Nadwaga	
Otyłość	
Cukrzyca (typ 1/typ 2)	
Nadciśnienie tętnicze	
Zawał	
Udar	
Nowotwór(jaki?)	
Choroby tarczycy	
Celiakia	
Alergia pokarmowa lub wziewna	
Choroby autoimmunologiczne	
Inne, jakie?	

- Czy stosuje Pan/Pani jakieś diety obecnie?





- Czy stosował/a Pan/i jakieś diety wcześniej?
Jeśli tak to jakie?

Ułożona przez dietetyka/lekarza czy zaczerpnięta z innych źródeł?
Przez jaki czas była stosowana?
jaki efekt w jakim czasie?

Czy wystąpił efekt jo-jo?
Czy był Pan/Pani pod stałą kontrolą dietetyka? Czy tylko otrzymał Pan/Pani dietę?
Czy stosował się Pan/Pani do zaleceń?
Co sprawiało największą trudność?

- Czy Pani/Pana masa ciała uległa zmianie w ciągu ostatniego roku? (ile kg? czy Pan/i przytył/schudł?)
- Czy odczuwa Pan/Pani jakieś dodatkowe dolegliwości(migreny, wzdęcia, bole brzucha, napady zimna/gorąca, uczucie zmęczenia i inne)?
- Czy masz jakies problemy natury estetycznej (wypadanie włosów, łamliwe/krucze paznokcie, szara ziemista cera, podkrażone oczy, inne)?
- Czy ma Pan/Pani problemy ze snem? Ile godzin w ciągu doby sypiasz? Ucinasz sobie drzemki w ciągu dnia? Wybudzasz się w nocy? Masz problem z zasnięciem?

IV. Wywiad żywieniowy

- Ile posiłków w ciągu dnia Pan/Pani spożywa?



SandraMalitowska

DIETETYK KLINICZNY I SPORTOWY



UL. WIENIAWSKIEGO 6B, 42-700 LUBLINIEC (PRZYCHODNIA DMC)



MALITOWSKADIETETYK@GMAIL.COM



603 216 550





➤ Pory spożywanych posiłków (jeśli występują):

Śniadanie:

II Śniadanie:

Obiad:

Podwieczorek:

Kolacja:

Dodatkowe posiłki / podjadanie:

- O której godzinie spożywany jest ostatni posiłek?
- Na ile godzin przed snem?
- O której Pan Pani chodzi spać?
- Produkty i potrawy najczęściej spożywane na śniadanie:

- Produkty i potrawy najczęściej spożywane na II śniadanie:

- Produkty i potrawy najczęściej spożywane na obiad:

- Zupy (rodzaj, częstotliwość):
- Mięsa (rodzaj, częstotliwość):

- Ryby (rodzaj, częstotliwość):
- Dodatki do obiadu (kasze, ryż, makaron, ziemniaki):

- Inne (dania mączne, wegetariańskie; częstotliwość):
- Zazwyczaj obiady jedno- czy dwudaniowe (które danie preferowane?):

- Produkty i potrawy najczęściej spożywane na podwieczorek/przekąskę:

- Produkty i potrawy najczęściej spożywane na kolację:





- Produkty najczęściej podjadane:

- Najczęściej stosowane techniki kulinarne (gotowanie, smażenie, pieczenie, duszenie, inne – jakie?)

- Ilość i rodzaj wypijanych płynów w ciągu dnia:
- Jakie to SA płyny? (woda, herbaty, kawa, soki, napoje, smoothie, napoje mleczne itp.)

- Czy pijasz kawę? (ile, jaka, słodzona?ile cukru? Z mlekiem/śmietanką? Jakim/ą?)

- Czy pijasz herbatę? (jaką, ile, słodzona? Ile cukru?)

- Rodzaje spożywanego tłuszczu:
 Do pieczywa:
 Do smażenia / pieczenia / duszenia:
 Do sałatek:
 Inne:

- Czy stosuje Pan/Pani gotowe produkty (mieszanki warzywne mrożone, gotowe dania mączne, surówki, sałatki w plastikowych pojemnikach z supermarketu, zupy, sosy z paczki itp) (proszę wymienić które są stosowane, itp.)

- Stosujesz dodatki do potraw (ketchup, musztarda, majonez, chrzan, sosy jogurtowe, inne – jakie?)

- Produkty lub potrawy pożądane w diecie (szczególnie lubiane):





➤ Produkty lub potrawy przeciwwskazane/wykluczone (względy zdrowotne, upodobania kulinarne, religijne)?

➤ Czy są jakieś produkty których Pan/Pani nie jada i absolutnie nie zje(oprócz wymienionych wyżej)?

Wymień produkty z danych grup spożywczych które jadasz najczęściej/ najchętniej, jak często w ciągu tygodnia? (codziennie/kilka razy dziennie/ sporadycznie)

<i>Produkt</i>	<i>Częstotliwość</i>	<i>Jaki rodzaj</i>
Mięso		
Wędliny		
Sery (twarde, żółte, pleśniowe, twarogowe, topione itp.)		
Maślanki, jogurty, kefiry		
Mleko (krowie/kozie/roślinne) podaj jakie		
Warzywa		
Owoce		
Pieczyno		
Kasze/makarony/ryż /ziemniaki itp.		
Ryby		
Rośliny strączkowe		
Słodycze		
Jaja		





- Czy stosujesz sól do doprawiania potraw?
- Jakiej soli używasz?
- Czy dosalasz produkty podczas jedzenia?
- Jakie inne przyprawy stosujesz w kuchni? Czym najczęściej doprawiasz potrawy?
- Kto przygotowuje w domu posiłki?

- Czy jada Pan/i poza domem? Jak często?
- Czy jada Pan/i produkty typu Fast Food? (pizza, zapiekanki, hamburgery, frytki itp.)
- Czy jada Pan/i słone przekąski? (paluszki, chipsy, krakersy, orzeszki solone/prążone itp.)

- Plan dnia(proszę opisać jak wygląda Pana/i plan dnia – godziny wstania, pójścia spać, posiłków, ewentualnych treningów lub innej aktywności, pracy itp.)- opisz jeżeli nie zrobiłeś tego wcześniej

- posiadany sprzęt kuchenny(zakresł posiadany lub wpisz):

blender zwykły/kieliczowy-
 waga kuchenna gramowa-
 sokowirówka/wyciskarka-
 patelnia teflonowa/ceramiczna/ z nieprzywierającą powłoką-
 parowar garnek lub do gotowania na parze –
 piekarnik-
 thermomix-

V. DODATKOWE INFORMACJE

Czy uważa Pan/Pani, że w ankiecie zostały pominięte jakieś kwestie o których powinien Pan/Pani wspomnieć? (jeśli tak proszę podać te informacje jeśli mogą być istotne)





Co uważa Pan/i o swoim dotychczasowym sposobie odżywiania?(proszę opisać w kilku zdaniach)

(DOTYCZY KOBIET)

Czy przeżyłaś już jakieś ciąży?

Czy obecnie jesteś w ciąży?(jeśli tak który tydzień)

Czy planujesz w najbliższym czasie zajście w ciążę?

Czy miesiączkujesz regularnie?

Czy karmisz piersią?

Jeśli tak opisz z jaką częstotliwością oraz ile lat/ms ma twoje dziecko i czy jada już stałe pokarmy?

Czy masz jakieś problemy natury kobiecej (hormonalne, endykronologiczne?)

Czy leczyłaś się kiedyś hormonalnie?

Czy stosujesz antykoncepcję? (jeśli tak jaką? Od jak dawna?)

Dziękuję za wypełnienie ankiety, jeśli ma Pan/Pani jakieś zastrzeżenia lub uwagi proszę wpisać je poniżej, wszelkie ewentualne wskazówki będą dla mnie bardzo pomocne w przyszłości 😊

Uwagi/dodatkové informacje dla dietetyka:



SandraMalitowska
DIETETYK KLINICZNY I SPORTOWY



UL. WIENIAWSKIEGO 6B, 42-700 LUBLINIEC (PRZYCHODNIA DMC)



MALITOWSKADIETETYK@GMAIL.COM



603 216 550



