

Aby zamówić **Indywidualny Plan Żywniowy** należy wypełnić formularz wywiadu. Czas potrzebny do wypełnienia to około 30 minut.

Proszę o dokładne i szczegółowe wypełnienie.

Wypełniony formularz jest analizowany przez naszego dietetyka. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do udzielonych odpowiedzi, dietetyk skontaktuje się z Państwem mailowo, telefonicznie lub poprzez inny komunikator w celu wyjaśnienia wątpliwości.

*Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej, oraz iż zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

****Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz medycznych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury dietoterapii – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r. Poz. 1182).

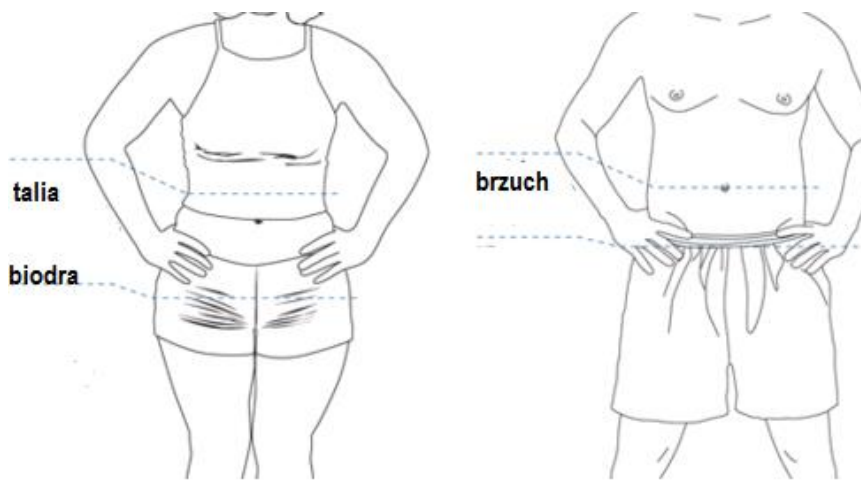
*****Wywiad zawiera 9 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług przez Poradnię.



Imię i Nazwisko :	
Adres e-mail:	
Nr telefonu:	
Preferowane formy/godziny kontaktu:	
Data urodzenia /wiek:	

POMIARY CIAŁA

Masa ciała [kg]	
Wzrost	
Obwód talii [cm]	
Obwód bioder [cm]	
Obwód brzucha/pas (u mężczyzn)	



INFORMACJE DODATKOWE

Powód cel wizyty/porady	Zdrowe Żywienie, Dieta w chorobie, Odchudzanie ,Przytycie Inne:
Czy chcesz poprawić coś jeszcze?	Np. skóra/włosy, kondycja/koncentracja, zdrowie
Czego oczekujesz od dietetyka	

Wykonywany zawód	
Charakter pracy	Siedząca Umiarkowany Ruch Dużo Ruchu
Godziny pracy	
Zmiany	
Czy masz możliwość podgrzania posiłku w pracy	
Funkcjonuje w ciągu dnia	W tygodniu wstaję o kładę się o..... W weekend wstaję o kładę się o
Wybierz opis swojej aktywności fizycznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siedzący tryb życia, praca biurowa, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia 2. Siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 w tygodniu aktywność fizyczna trwająca ok. 1 h. 3. Średnio aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca do 1 h 4. Aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca dłużej niż 1 h 5. Praca fizyczna, duży wysiłek fizyczny
Jak często pojawia się aktywność fizyczna	Codziennie / 1 na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./..... Nie ćwiczę / nie mogę znaleźć czasu / nie mogę się zmotywować / od zawsze ćwiczę / lubię ćwiczyć / lubię aktywność
Jak długi trwa trening	Godzina / 1,5 godziny / 2 godziny /
Jakiego rodzaju jest to trening	Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytrż.- sił. / aerobowy /beztlenowy/interwał / ćwiczę z trenerem / zajęcia w klubie / zajęcia w grupie / ćwiczę w domu / biegam / nornic walking/ rower/ rowerek stacjonarny / skakanka / płyty, np. Chodakowska/ taniec / jazda konna / inne.....
W jakim odstępie czasu jesz coś przed treningiem i co najczęściej	Na 2 godziny przed / godzinę przed /pół godziny przed / nie jem / nie zwracam na to uwagi
W jakim odstępie czasu jesz coś po treningu i co najczęściej	Do pół godziny po / do godziny po / 2 godziny po / nie jem już nic / nie zwracam na to uwagi
Co i ile wypijasz	Woda / izotonik / inne : Ilość
Odporność na stres w skali od 1 do 10	
Stres a jedzenie	Zajadanie stresu Brak apetytu Nie ma znaczenia

WYWIAD ZDROWOTNY

Choroby metaboliczne. Czy cierpisz na wymienione schorzenia (schorzenie stwierdzone przez lekarza)

Jednostka chorobowa	Kiedy stwierdzona	Leki
Cukrzyca /wysoki cukier we krwi		
Insulinooporność		
Miażdżyca/wysoki poziom cholesterolu we krwi		
Nadciśnienie/ zbyt niskie ciśnienie/ wysokie tętno		
Choroby serca: niewydolność/ zawały/ Inne dolegliwości.....		
Przebyty udar		
Nerki: kamienie/wycięta/ osłabione/ 1 aktywna (P/L) Inne dolegliwości.....		
Tarczycza: niedoczynność/nadczynność/ Hashimoto/ g-basedov/ terapia jodem/ wycięta/ wycięty płąt/ guzki		
Wątroba: otłuszczona/niewydolność przewlekła/zapalenia		
Nowotwór		
Osteoporoza		
RZS- reumatoidalne zapalenie stawów		
Skóra: nadpotliwość /łuszczyca/cellulit Inne dolegliwości.....		
Choroby trzustki		
Migreny/ przewlekły stres/ depresja/ zatrzymywanie wody w organizmie Inne choroby(wypisz wszystkie inne)		
Stan przewodu pokarmowego wrzody żołądka / H.Pylori/ wrzody jelita/ Zgaga (po czym? w jakiej sytuacji) : refluks/ wzdęcia(ile razy na 7 dni tygodnia): /gazy / jelito drażliwe / hemoroidy /wycięty pęcherzyk / kamica (jaka?)		
Inne schorzenia:		
Inne przyjmowane leki i suplementy np. antykoncepcja		

Alergie i nietolerancje

Choroba alergiczna	Kiedy stwierdzona	Leki/leczenie
Astma		
Pyłki: jakie?		
Sierść/kurz		
Alergie pokarmowe		
Alergie na leki		
Inne alergie		
Nietolerancje pokarmowe		

Inne

Jak często się wypróżniasz	1 x dzień	2 x dzień	Więcej :	1x na 2 dni	1x na 3 dni
	Rzadziej :	Zaparcia	biegunki	Krew/śluz	
Czy stosujesz jakieś metody/środki wspomagające wypróżnianie					
Rytm snu	śpisz całą noc dobrze / budzę się : do 15 min. / powyżej 1 raz / kilka na noc/kilka razy w tygodniu / rzadko / podjada (co?) :				
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą	TAK	NIE	INNE		
Zmiana masy ciała w ostatnim półroczu roku	W górę (ile?)..... W dół (ile?)..... Bez zmian				
Czy stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne?	TAK		NIE		
	Jakie diety?	Kiedy i Jak długo?	Jaki był efekt?	Czy waga się utrzymała?	
Od kiedy masz problem z wagą	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatni pół roku / ostatni rok / ostatnie 2-3 lata / ostatnie 5 lat / ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) :				
Ciąże					
Karmienie piersią					
Miesiączka	Regularne	brak	moeregularne	bolesne	
Czy przeszedłeś jakieś zabiegi operacyjne?					

Wyniki ostatnich badań laboratoryjnych

Nazwa badania	Wynik	Data badania
Ciśnienie tętnicze		
Cholesterol całkowity		
Cholesterol frakcji HDL		
Cholesterol frakcji LDL		
Triglicerydy		
Glukoza na czczo		
Insulina na czczo		
Glukoza w doustnym teście po 2 godzinach* (jeśli były wskazania do wykonania)		
Hemoglobina glikowana* (jeśli były wskazania do wykonania)		
Krzywa insulinowa* (jeśli były wskazania do wykonania)		
Hemoglobina		
Hematokryt		
Fe		
Kwas moczowy		
GFR		
TSH		
Próby wątrobowe		
Inne badania		

WYWIAD ŻYWIENIOWY

W jakich porach masz największą ochotę na jedzenie?	
Czy są potrawy po których źle się czujesz?	
Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia? O jakich porach?	
Który z posiłków jest najbardziej obfity	
Czy podjadasz pomiędzy posiłkami? Jeśli tak to co?	

Czy spożywasz produkty instant typu „zupka chińska” Jak często i ile ?																			
Czy spożywasz produkty instant typu „fix” sosy. Jak często i ile?																			
Czy spożywasz ketchup/majonez/gotowe sosy?																			
Jak często pojawia się w twoim menu fast food?																			
Ile wody i jaką wodę pijesz w ciągu dnia?																			
Ile herbat i jakie herbaty piesz w ciągu dnia?																			
Ile kaw i jakie wypijasz w ciągu dnia?																			
Inne napoje: soki owocowe, warzywne, napoje gazowane Ile i jakie w ciągu dnia?																			
Czy palisz?																			
Czy spożywasz alkohol? Jaki, jak często?																			
Słodzisz? Czym i w jakich ilościach?																			
Jaki rodzaj pieczywa spożywasz?																			
Jak często spożywasz	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Produkt</th> <th>Częstość spożycia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne kasze.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Makarony białe /pełnoziarniste/oriszowe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne makarony</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ryż biały/basmanti/paraboiled</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne ryże</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ziemniaki</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Płatki owsiane/oriszowe/gryczane</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Produkt	Częstość spożycia	Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana		Inne kasze.....		Makarony białe /pełnoziarniste/oriszowe		Inne makarony		Ryż biały/basmanti/paraboiled		Inne ryże		Ziemniaki		Płatki owsiane/oriszowe/gryczane	
Produkt	Częstość spożycia																		
Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana																			
Inne kasze.....																			
Makarony białe /pełnoziarniste/oriszowe																			
Inne makarony																			
Ryż biały/basmanti/paraboiled																			
Inne ryże																			
Ziemniaki																			
Płatki owsiane/oriszowe/gryczane																			
Jak często spożywasz	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Produkt</th> <th>Częstość spożycia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produkty mączne</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Warzywa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Owoce</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rośliny strączkowe(bób, soja, groch fasola etc)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Orzechy nasiona</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mleko (napisz jakie)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Produkt	Częstość spożycia	Produkty mączne		Warzywa		Owoce		Rośliny strączkowe(bób, soja, groch fasola etc)		Orzechy nasiona		Mleko (napisz jakie)					
Produkt	Częstość spożycia																		
Produkty mączne																			
Warzywa																			
Owoce																			
Rośliny strączkowe(bób, soja, groch fasola etc)																			
Orzechy nasiona																			
Mleko (napisz jakie)																			

	Jogurty (napisz jakie)	
	Maślanki (napisz jakie)	
	Kefiry (napisz jakie)	
	Twarożki(napisz jakie)	
	Sery żółte	
	Sery topione	
	Sery typu feta/ mozarella	
	Jaja	
	Kabanosy	
	Parówki	
	Pasztety	
	Boczek	
	Kiełbasy polskie wiejskie	
	Wędliny konserwowe	
Jakie mięsa spożywasz najczęściej? W jaki sposób je przyrządzasz?		
Jakiego tłuszczu używasz do smażenia		
Jakiego tłuszczu używasz „na zimno” do sałatek surówek?		
Jak często spożywasz ryby?		
Jakie gatunki ryb lubisz?		
Czy jadasz zupy? Jakiej?		
Jaki smak potraw preferujesz?		
Jakie przyprawy używasz w kuchni?		
Produkty z których nie jesteś w stanie zrezygnować?		
Kto gotuje w domu? Dla ilu osób?		
Produkty których nie lubisz?		
Czym smarujesz pieczywo?		
Słodycze ile? Jakiej? jak często? 😊		
Słone przekąski ile? Jakiej? Jaki często?		
Twoje umiejętności kulinarne	X Potrafię zagotować wodę na herbatę XX Potrafię przyrządzić najprostrze potrawy np. jajecznica	

	XXX Kiedy mam przepis potrafię ugotować praktycznie wszystko XXXX W kuchni czuje się jak ryba w wodzie, potrafię ugotować i zmodyfikować dowolnie przepis. Stosuje wiele technik kulinarnych
--	--

Czy jest coś jeszcze o czym powinnam wiedzieć?

.....
.....
.....
.....

Co chcesz otrzymać

JADŁOSPIS/ OGÓLNE ZALECENIA CO JEŚĆ/ KONSULTACJĘ

.....

(data, podpis)