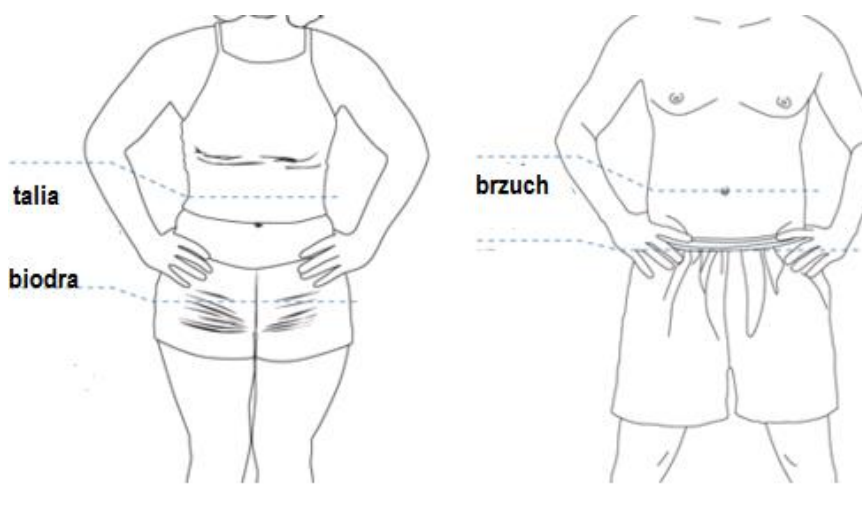


**DANE PERSONALNE**

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	

**PRACA /AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA/STRES**

<b>Wykonywany zawód</b>	
<b>Charakter pracy</b>	Siedząca      Umiarkowany Ruch      Dużo Ruchu
<b>Godziny pracy</b>	
<b>Zmiany</b>	
<b>Czy masz możliwość podgrzania posiłku w pracy</b>	
<b>Funkcjonuje w ciągu dnia</b>	W tygodniu wstaję o ..... kładę się o..... W weekend wstaję o ..... kładę się o .....
<b>Wybierz opis swojej aktywności fizycznej</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siedzący tryb życia, praca biurowa, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia</li> <li>2. Siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 w tygodniu aktywność fizyczna trwająca ok. 1 h.</li> <li>3. Średnio aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca do 1 h</li> <li>4. Aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca dłużej niż 1 h</li> <li>5. Praca fizyczna, duży wysiłek fizyczny</li> </ol>
<b>Jak często pojawia się aktywność fizyczna</b>	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
<b>Jak długi trwa trening</b>	Godzina / 1,5 godziny / 2 godziny / .....
<b>Jakiego rodzaju jest to trening</b>	Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytr.- 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.....
<b>W jakim odstępie czasu jesz coś przed treningiem i co najczęściej</b>	Na 2 godziny przed / godzinę przed /pół godziny przed / nie jem / nie zwracam na to uwagi
<b>W jakim odstępie czasu jesz coś po treningu i co najczęściej</b>	Do pół godziny po / do godziny po / 2 godziny po / nie jem już nic / nie zwracam na to uwagi
<b>Co i ile wypijasz</b>	Woda / izotonik / inne : ..... Ilość .....
<b>Odporność na stres w skali od 1 do 10</b>	
<b>Stres a jedzenie</b>	Zajadanie stresu      Brak apetytu      Nie ma znaczenia

**WYWIAD ZDROWOTNY**

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

<b>Jednostka chorobowa</b>	<b>Kiedy stwierdzona</b>	<b>Leki</b>
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.....		
Tarczycy: 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?																			
<b>Jak często spożywasz</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Produkt</b></th> <th><b>Częstość spożycia</b></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>	<b>Produkt</b>	<b>Częstość spożycia</b>	Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana		Inne kasze.....		Makarony białe /pełnoziarniste/oriszowe		Inne makarony		Ryż biały/basmanti/paraboiled		Inne ryże		Ziemniaki		Płatki owsiane/oriszowe/gryczane	
<b>Produkt</b>	<b>Częstość spożycia</b>																		
Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana																			
Inne kasze.....																			
Makarony białe /pełnoziarniste/oriszowe																			
Inne makarony																			
Ryż biały/basmanti/paraboiled																			
Inne ryże																			
Ziemniaki																			
Płatki owsiane/oriszowe/gryczane																			
<b>Jak często spożywasz</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Produkt</b></th> <th><b>Częstość spożycia</b></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> <tr> <td>Jogurty (napisz jakie)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maślanki (napisz jakie)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<b>Produkt</b>	<b>Częstość spożycia</b>	Produkty mączne		Warzywa		Owoce		Rośliny strączkowe( bób, soja, groch fasola etc)		Orzechy nasiona		Mleko ( napisz jakie)		Jogurty (napisz jakie)		Maślanki (napisz jakie)	
<b>Produkt</b>	<b>Częstość spożycia</b>																		
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/ mozzarella	
	Jaja	
	Kabanosy	
	Parówki	
	Pasztesy	
	Boczek	
	Kiełbasy polskie wiejskie	
	Wędliny konserwowe	
<b>Jakie mięsa spożywasz najczęściej? W jaki sposób je przyrządzasz?</b>		
<b>Jakiego tłuszczu używasz do smażenia</b>		
<b>Jakiego tłuszczu używasz „na zimno” do sałatek surówek?</b>		
<b>Jak często spożywasz ryby?</b>		
<b>Jakie gatunki ryb lubisz?</b>		
<b>Czy jadasz zupy? Jakiej?</b>		
<b>Jaki smak potraw preferujesz?</b>		
<b>Jakie przyprawy używasz w kuchni?</b>		
<b>Produkty z których nie jesteś w stanie zrezygnować?</b>		
<b>Kto gotuje w domu? Dla ilu osób?</b>		
<b>Produkty których nie lubisz?</b>		
<b>Czym smarujesz pieczywo?</b>		
<b>Słodycze ile? Jakiej? jak często?</b> 😊		
<b>Słone przekąski ile? Jakiej? Jaki często?</b>		
<b>Twoje umiejętności kulinarne</b>	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	