

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

Szanowna Pani/Panie

Miło mi powitać Panią w gronie moich pacjentów. Przygotowany przeze mnie program żywieniowy oparty jest na wieloletnim doświadczeniu wspólnej pracy dietetyków z wieloletnim doświadczeniem. Za główny cel stawiam sobie dobro pacjentów, dlatego do każdego z nich podchodzę indywidualnie. Dokładam wszelkich starań by plan żywieniowy był ściśle dopasowany do aktualnych potrzeb, stylu życia, stanu zdrowia oraz preferencji. Dzięki temu stosowana przez Panią dieta łączy ze sobą wysoką efektywność z łatwością stosowania. Pragnę także podzielić się z Panią wiedzą na temat zdrowego żywienia, aby towarzyszyła ona Pani również po zakończeniu programu.

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

Proszę o dokładne i rzetelne wypełnienie.

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

Motto pracowni zdrowia to:

„Żyj zdrowo - Jedz kolorowo”



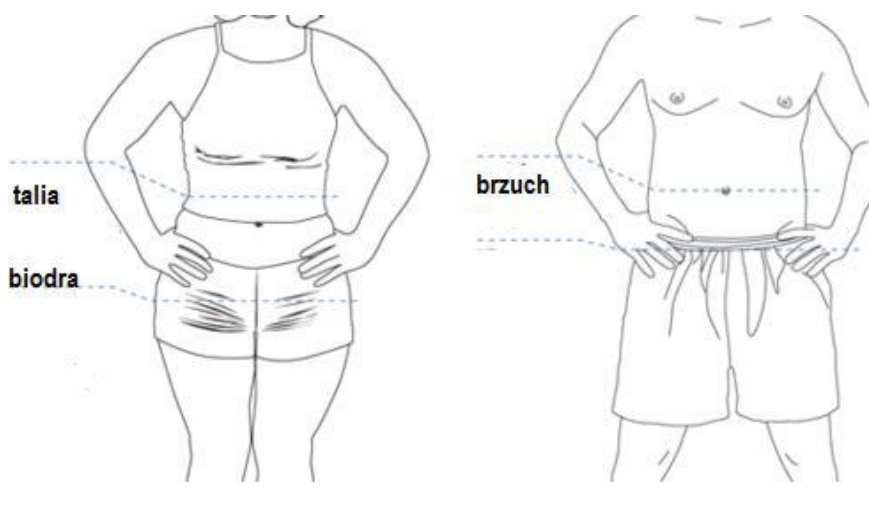
WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

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)	



WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY
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

Wykonywany zawód	
Charakter pracy	Siedząca Umiarkowany Ruch Dużo Ruchu
Godziny pracy	
Zmiany w pracy	
Czy masz możliwość podgrzewania posiłków w pracy?	
Funkcjonuję w ciągu dnia	W tygodniu wstaję o kładę się o..... W weekend wstaję o kładę się o
Wybierz opis swojej aktywności fizycznej	1. Siedzący tryb życia, praca biurowa, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia 2. Siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 w tygodniu aktywność fizyczna w ciągu tygodnia 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 długo trwa trening?	Godzina / 1,5 godziny / 2 godziny /
Jakiego rodzaju jest to trening	Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytrzymałościowo- siłowy / aerobowy /beztlenowy / interwał / ćwiczę z trenerem / zajęcia w klubie / zajęcia w grupie /ćwiczę w domu / biegam / nornic walking/ rower/ rowerek stacjonarny / 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
Odporność na stres w skali od 1 do 10	
Stres, a jedzenie	Zajadam stres / Nie mogę nic przełknąć / Nie ma znaczenia

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY
ALERGIE I NIETOLERANCJE POKARMOWE

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

INNE

Jak często się wypróżniasz? 1 x dziennie 2 x dziennie Więcej raz na 2 dni raz na 3 dni

Rodzaj: zaparcia / biegunka / krew / śluz

Czy stosujesz jakieś środki / metody na wypróżnienie? 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 dobrze czujesz się ze swoją wagą?	Tak	Nie	Inne	
Zmiana masy ciała w ostatnim półroczu?	W dół (ile?)..... W górę (ile?) Bez zmian			
Czy stosowałeś/łaś 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 /			
Ciąża				
Karmienie piersią				

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

WYNIKI OSTATNICH BADAŃ LABORATORYJNYCH

Nazwa badania	Wynik	Data badania
Ciśnienie tętnicze		
Cholesterol całkowity		
Cholesterol LDL		
Cholesterol HDL		
Trójglicerydy		
Glukoza na czczo		
Glukoza po 2 godzinach (jeśli były wskazania do wykonania)		
Insulina na czczo		
Hemoglobina glikowana* (jeśli były wskazania do jej wykonania)		
Krzywa insulinowa* (jeśli były wskazania do jej wykonania)		
Hemoglobina		
Kwas moczowy		
Próby wątrobowe		
TSH		
Żelazo		
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?	

Pytania dotyczące spożywanych posiłków

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?	

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

Jak często spożywasz	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	
<i>Jak często spożywasz</i>	<i>Produkt</i>	<i>Częstość spożycia</i>
	Produkty mączne	
	Warzywa	
	Owoce	
	Rośliny strączkowe(bób, soja, groch fasola etc)	
	Orzechy nasiona	
	Mleko (napisz jakie)	

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

	Jogurty (napisz jakie)	
	Maślanki (napisz jakie)	
	Kefiry (napisz jakie)	
	Twarożki(napisz jakie)	
	Sery żółte	
	Sery topione	
	Sery typu feta/ mozzarella	
	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? Jakie?	
	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? Jakie? Jak często?	

Słone przekąski ile? Jakie? Jaki często?

8

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

WYWIAD ZDROWOTNO –ŻYWIENIOWY

Czy jest coś jeszcze o czym powinnam wiedzieć?

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

Co chcesz otrzymać

JADŁOSPIS/ OGÓLNE ZALECENIA CO JEŚĆ/ KONSULTACJĘ

.....

(data, podpis)

*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.

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY