Ankieta podstawowa

Dane ogólne:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| e-mail: |  |
| Preferowane godziny kontaktu telefonicznego: |  |

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych oraz przesłania informacji o organizowanych przez nas wydarzeniach, nowościach i promocjach. Zgodnie z ustawa z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodą na otrzymywanie powyższych informacji na mojego e-maila. Jednocześnie zapewniamy, że Twój adres e-mail nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim. Udzielona zgoda może być przez Ciebie w każdej chwili wycofana poprzez przesłanie emaila na adres okon.dietetyk@gmail.com z takową informacją.

Podpis:…………………..

|  |
| --- |
| Informacje ogólne (proszę podkreślić właściwe, można dopisać komentarz) |
| Cele wizyty u dietetyka (poprawa zdrowia, schudnięcie, przytycie, zwiększenie energii, zmiana nawyków, poprawa kondycji, koncentracji, dla siebie/innych, inne powody) |  |
| Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o moim gabinecie? | Gazeta  | strona WWW | fanpage na Facebooku | znajomi | ulotki | inne (jakie?)  |
| Oczekiwania wobec dietetyka: |  |
| Co skłoniło Panią/Pana do wizyty u dietetyka? |  |
| Jaka wg Pani/Pana powinna być idealnie ułożona dieta? |  |
| Czy czuje się Pan/i dobrze ze swoją wagą? |  |
| Z jaką wagą czułaby się Pani/Pan lepiej? |  |
| Jak szybko i ile kg chce Pan/i schudnąć lub przytyć? |  |
| PRACA |
| Status zawodowy (proszę zaznaczyć właściwe)Wykonywany zawód: | Uczeń | Student | Osoba pracująca | Osoba niepracująca | Emeryt | Rencista  |
|  |
| Charakter wykonywanej pracy: | Siedząca | Stojąca | Umiarkowany ruch | Intensywny ruch |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Godziny pracy** proszę o wpisanie godzin pracy i zajęć dodatkowych w ciągu tygodnia, a także o wpisanie godzin wstawania i snu, gdzie: w-wstaję, s-sen | Poniedziałek | Wtorek | Środa  | Czwartek  | Piątek  | Sobota | Niedziela |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **W** | **S**  | **W** | **S**  | **W** | **S**  | **W** | **S**  | **W** | **S**  | **W** | **S**  | **W** | **S**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zmiany** (w przypadku pracy zmianowej proszę o wpisanie godzin oraz czasu wstawania i snu | **Ranna :** | **Popołudniowa :** | **Nocna :** |
| W  | S  | W | S | W | S |
| **Zdrowie** |
| **Obecna masa ciała** |   | **wzrost** |  |
| **Czy w ostatnim czasie nastąpiły zmiany w masie ciała?** (jakie, od kiedy? Oczekiwane?) |  |
| **Czy stosował/a Pan/i jakieś diety,** jakie? Jak długo? |  |
| **Jakie były rezultaty diet?** (schudnięcie, przybranie masy, efekt jojo) |  |
| **Co powodowało rezygnację z diety?** |  |
| **Czy Pana/i obecny sposób odżywiania opiera się na jakichś zasadach lub zaleceniach? Jeśli tak to jakich?** |  |
| **Alergie** (proszę zaznaczyć i wypisać jeśli istnieją)jakie badania były wykonywane pod kątem alergii? | Astma  | Pyłki/grzyby | Pokarmy  | Sierść/kurz | Leki/inne |
| **Nietolerancje pokarmowe** | Mleko (laktoza) | Inne? |
| **Ciąże** (jeśli były) | Ilość: | Karmienie piersią: | Przybrana masa ciała w każdej ciąży: | Zrzucanie kilogramów po ciąży (ile i w jakim czasie): |
| **Czy w ciąży pojawiła się cukrzyca?** |  |
| **Czy jest Pani w połogu/ karmi piersią?** |  |
| **Miesiączka: (**proszę zaznaczyć prawidłowe) | **Regularna:** | TAK/NIE | **Bolesność:** |  TAK/NIE |
| **Czy planuje Pani w najbliższym czasie zajść w ciążę?** |  |
|  |
| **Zdiagnozowane choroby przez lekarza (proszę zaznaczyć oraz wpisać datę stwierdzenia):** | Cukrzyca/podwyższony cukier | Miażdżyca/za wysoki cholesterol/ nadciśnienie | Choroby serca/ przebyte zawały | tarczyca: niedoczynność/nadczynność/ Hashimoto, Graves-Basedov/inne |
| nerki: kamienie/niewydolne, wycięte | Wątroba: otłuszczona, niewydolna, marskość, wcyięty pęcherzyk żółciowy/ inne | Żołądek: Refluks/zgaga/ H. pyl lori/ wrzody/inne | Kości/stawy: RZS/ osteoporoza/ dna moczanowa/reumatyzm inne |
| Nowotwory (jakie?) | Inne: Depresja/migreny/bezsenność/inne | Skóra: AZS/ łuszczyca/ łojotok/ wypadanie włosów/inne | Jelita: wrzody, nadwrażliwe/resekcja/wzdęcia/uchyłki/inne |
| **Czy zna i stosuje Pan/i zalecenia związane z Pana/i chorobą?** | Tak | Nie | Nikt mi ich nie przedstawił |
| **Czy któreś z tych chorób (lub inne) występowały w rodzinie? Jakie?** | Matka | Ojciec | Rodzeństwo | Dziadkowie  |
| **Przepisane i zażywane leki:** |  |
| **Zażywane suplementy, witaminy, preparaty odchudzające** |  |
| **Jaki był sposób Pani/a urodzenia?** | naturalny | Cesarskie cięcie | Nie wiem |
| **Czy był/a Pan/i karmiony/a piersią i jak długo?** | Tak | Nie | Nie wiem |
| **Czy często Pan/i chorował/a jako dziecko?** | Tak | Nie | Nie wiem |
| **Czy jako dziecko miał/a Pan/i jakieś alergie?** Jakie? |  |
| **Czy stosowane były antybiotykoterapie,** jak często? Kiedy ostatnia? |  |
| **Czy obecnie często Pan/i choruje?** |  |
| **Jaki jest rytm snu?** | Śpię całą noc | Wybudzanie 1 raz | Wybudzanie kilka razy | Bezsenność  | Podjadanie w nocy |
| **Jak często się Pan/i wypróżnia?** | 1x dziennie | 2xdziennie | Częściej/dzień | 1x/2 dni | 1x/3 dni | rzadziej |
| **Czy stosowane są środki przyspieszające wypróżnianie?** Jakie? |  |
| **Czy pojawiają się wzdęcia/gazy/ biegunki?** Kiedy? |  |
| **Ile posiłków dziennie Pan/i zjada?** Ile głównych, ile przekąsek? |  |
| **Czy zjada Pan/i śniadanie,** ile czasu od wstania, w domu czy w pracy? |  |
| **Co zjada Pan/i zazwyczaj na śniadanie?** |  |
| **Co zjada Pan/i na kolację/ ile godzin przed snem?** |  |
| **Z ilu dań składa się obiad?** Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser |  |
| **Czy je Pan/i zupy? Jakie najchętniej? Jak często?** | Lubię / nie lubię/ gotuję dla rodziny / nie gotuję |
| Zaciągane- zagęszczane : mąka / śmietana / śmietanka / zasmażka / inne…………………….. |
| Pomidorowa/ ogórkowa/ rosół / grochówka/ fasolowa/ inne………………………………… |
| **O jakich godzinach zjada Pan/i posiłki/przekąski?** | Śniadanie | 2 śniadanie | Przekąski | Obiad | Deser | Kolacja | Przekąski |
| **Jaki posiłek jest dla Pana/i najważniejszy i dlaczego?** |  |
| **Który posiłek jest największy i o której godzinie?** |  |
| **Czy jada Pan/i o regularnych porach?** |  |
| **Czy planuje Pan/i co zjeść na kolejny posiłek?** |  |
| **Czy zdarzają się napadowe chęci na zjedzenie czegoś słodkiego/słonego? O jakich godzinach?** |  |
| **Kiedy pojawia się największa ochota na jedzenie?**  | Rano | Po południu po pracy | Wieczorem | Podczas oglądania TV, przed komputerem, z nudy |
| **Jak reaguje Pan/i na stres?** | Wzmożony apetyt | Brak apetytu | Nie ma wpływu |
| **Czy po posiłku pojawia się zmęczenie?** | Tak | Nie | Czasami (kiedy?) |
| **Czy są produkty/ dania, które szczególnie Pan/i lubi?** Np. pizza, drożdżówki, pierogi, chipsy, batony, czekoladę?Do jakich produktów ma Pan/i słabość? |  |
| **Kto w domu gotuje/przygotowuje posiłki?** |  |
| **Kto robi zakupy spożywcze?** |  |
| **Gdzie najczęściej zjada Pan/i posiłki?** | Dom | Praca | Szkoła | Samochód | Restauracja | Fast-food/bar |
| **Jak często jada Pan/i poza domem, w restauracji?** | codziennie | Raz na kilka dni | Raz w tygodniu | Raz w miesiącu | w ogóle |
| **Jak często jada Pan/i w barach typu Fast food?** | codziennie | Raz na kilka dni | Raz w tygodniu | Raz w miesiącu | w ogóle |
| **Czy w pracy/szkole może pani zjeść o dowolnej porze?** |  |
| **Czy w pracy/szkole może Pan/i podgrzać posiłek?** |  |
| **Jakie napoje i ile pije Pan/i w ciągu dnia? (**proszę podkreślić jakie i wypisać ilość szklanek lub litrów) | Woda mineralna/źródlana/ z kranu/ smakowa | Szklanki: | Litry: | Brak |
| Herbata czarna/zielona/ owocowa/ ziołowa/ biała/ czerwona/ inne | szklanki | Litry | Brak |
| Kawa ekspres/ rozpuszczalna/ parzona/ zbożowa/ inna | Szklanki: | Litry: | Brak |
| Soki jednodniowe/ z kartonu/ warzywne/ multiwitamina/ Kubuś/ inne | Szklanki: | Litry: | Brak |
| Cola/ fanta/ sprite/ mirinda/ energetyki/ inne | Szklanki: | Litry: | Brak |
| Kakao/mleko | Szklanki: | Litry: | Brak |
| **Czy dodaje Pan/i cukier, miód, słodziki do kawy, herbaty lub napojów?**Ile łyżeczek? |  |
| **Czy dodaje Pan/i mleko lub śmietankę do kawy?** Ile i jaką? |  |
| **Co stosuje Pan/i do słodzenia?** | Cukier | Słodziki | Miód | Ksylitol/erytrytol | Stewia | Inne | Nie stosuję |
| **Ile łyżeczek cukru zużywa Pan/i w ciągu dnia do potraw?** |  |
| **Czy potrafi Pan/i żyć bez słodyczy?** |  |
| **Czy po posiłku pojawia się chęć na coś słodkiego?** |  |
| **Jak często zjada Pan/i słodycze?** Jakie? | Batony,czekolada | Drożdzówki | Ciasta | Żelki | Cukierki | Inne  |
| **Czy stosuje Pan/i używki? Jaki i jak często** | Alkohol (jaki?) | Codziennie  | Kilka razy w tyg | Okazjonalnie | Nie stosuję |
| Papierosy (od kiedy?) | Codziennie  | Kilka razy w tyg | Okazjonalnie | Nie stosuję |
| **Czy stosuje Pan/i dietę wegetariańską? Jakiego typu?** | Wegańska | Z jajami | Z nabiałem | Z rybami | Nie stosuję |
| **Czy używa Pan/i mleka i produktów mlecznych?** | Tak | Nie | Rodzaje (mleko, ser, jogurty itp., %tłuszczu, smakowe) | Ilość porcji/dzień |
| **Czy występuje po nich pogorszenie samopoczucia?** Wzdęcia, zmęczenie, niestrawność |  |
| **Czy spożywa pan/i rośliny strączkowe?** | Tak | Nie | Jakie? | Ilość porcji/tydzień |
| **Czy występuje po nich pogorszenie samopoczucia?** Wzdęcia, zmęczenie, niestrawność |  |
| **Czy spożywa Pan/i mięso?** | Tak | Nie  | W jakiej postaci? | Ilość porcji/dzień |
| **Jakie mięso najbardziej Pan/i lubi?** |  |
| **Czy jada Pan/i wędliny i wyroby wędliniarskie? Jakie?** (szynka, kiełbasa, parówki, kabanosy…) | Tak | nie | Jakie? | Ilość porcji/dzień |
| **Czy spożywa Pan/i ryby?** | Tak | Nie | Jakie? | Ilość porcji/tydzień |
| **Czy spożywa Pan/i jaja?** | Tak | Nie | W jakiej postaci? | Ilość porcji/dzień |
| **Jaką obróbkę cieplną mięsa i ryb najczęściej Pan/stosuje?** | Smażenie bez panierki / w panierce / pieczenie w folii / pieczenie w piekarniku / duszenie/ gotowanie /na parze/inne (jakie?) |
| **Jakie pieczywo Pan/i spożywa?** | Jasne/tostowe / ciemne / razowe /graham / pełnoziarniste / mieszane / Inne : |
| Czym kieruje się Pan/i przy zakupie pieczywa: | Cena | Skład | Kolor | inne |
| **Jak często spożywa Pan/i kasze, makarony, ryż, płatki musli, owsiane?****(proszę napisać jakie)** | Kasza jęczmienna/ gryczana/jaglana/manna/ amarantus/ quinoa inne jakie) | Jak często? | Lubię/ nie lubię |
| Makaron biały/pełnoziarnisty/orkiszowy/ryżowy/ inny……………………. |  |  |
| Ryż biały/basmati/jaśminowy/paraboiled/dziki/brązowy/inny……………….. |  |  |
| ziemniaki  |  |  |
| bataty |  |  |
| płatki owsiane/orkiszowe |  |  |
| Nesquik i inne słodzone/musli kupne/crunch/ granola/inne…….. |  |  |
| **Jak często spożywa Pan/i produkty mączne?** | Pyzy, pierogi, kluski, knedle, pizza, inne.. | ilość | Jak często |
| **Czego używa Pan/i do smarowania pieczywa** | Masło, margaryna, twarożek, ser topiony, smalec, ketchup, inne…. | Grubo/ cienko smarowane |
| **Używany tłuszcz do smażenia i na zimno** | Używany tłuszcz do smażenia : kujawski/ rzepakowy / słonecznikowy/palma itp./oliwa/smalec/masło/masło klarowane/ kokosowy/ inne:……………………………… |
| Używany olej na zimno do sałat itd. : ten sam co do smażenia / tłoczony na zimno nierafinowany: rzepakowy / oliwa virgin / inny………………………… |
| **Czy spożywa Pan/i produkty typu light? Jakie i jak często?** | Rodzaj: | Ilość/ dzień |
| **Czy spożywa Pan/i owoce?****Jakie i jak często?** | Rodzaj: | Ilość/ dzień |
| **Czy spożywa Pan/i warzywa?****Jakie i jak często?** | Rodzaj: | Ilość/ dzień |
| **Jak często występują orzechy, nasiona, owoce suszone ?** | Orzechy  | Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję |
| Orzeszki solone / w czekoladzie / laskowe / pistacje / włoskie / nerkowce / migdały / arachidowe / brazylijskie / inne |
| Codziennie / 1x na 2 dni /1x w tyg. / 2x w tyg. / częściej / rzadko / 1 xmies. / 2x mies.  |
| Pestki dyni / słonecznika /chia/ inne | Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję |
| Codziennie / 1x na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies.  |
| Owoce suszone  | Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję |
| Śliwki / morele / żurawina / daktyle / figi / gruszki / banany / jabłka / owoce goji /jagody acai / inne  |
| Codziennie / 1x na2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies.  |
| **Preferowany smak potraw:**  | słodki/słony/ostry/ziołowy/ mocno doprawione / słabo doprawione / delikatny |
| **Czy dosala Pan/i przy stole?** |  |
| **Jakich przypraw Pan/i używa w kuchni?** |  |
| **Czy stosuje Pani ziarenka smaku/Vegetę/ maggi/ rosołki? Jak często?** |  |
| **Czy stosuje Pan/i kupne sosy:** | Ketchup/ majonez/ musztarda/ sos tatarski/ inne podobneJak często? |
| **Czy spożywa Pan/i zupki chińskie, gorące kubki itp.?** |  |
| **Czy spożywa Pan/i gotowe sosy w proszku/ dania w proszku/ dania do zalania? Jak często?** |  |
| **Czy spożywa Pan/i gotowe dania do odgrzania w mikrofali/ piekarniku?** |  |
| **Czy używa Pan/i mrożonek?** |  |
|  |
| Aktywność fizyczna |
| **Czy uprawia Pan/i na co dzień jakąś aktywność fizyczną?**Jaką i od kiedy?Ile godzin tygodniowo? |  |
| **Jak ocenia Pan/i swoją codzienną aktywność?** | Siedząco-leżąca (siedzenie w pracy, odpoczynek w domu) |
| Mało aktywna |
| Umiarkowana (lekki ruch przez cały dzień) |
| Aktywna (uprawianie sportu 3x w tygodniu) |
| Bardzo aktywna, jestem sportowcem: |
| **Jaka forma aktywności najbardziej Panu/i odpowiada?** |  |
| **Gdzie najbardziej lubi Pan/i ćwiczyć?** |  |
| **Czy istnieją przeciwwskazania do uprawiania sportu?** |  |

Proszę wypisać produkty, które koniecznie muszą się znaleźć w jadłospisie, takie które mogą być wprowadzone oraz takie, których Pan/i bardzo nie lubi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produkty, które bardzo lubię** | **Produkty, których nie lubię, ale zjem jeśli trzeba** | **Produkty, których nie lubię i nie zjem** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Inne dolegliwości zdrowotne: