ANKIETA – przed wizytą u dietetyka

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Wzrost:

Tel. kontaktowy:

Email:

Wpisz odpowiedź lub zaznacz X w kwadracie (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

**CEL WIZYTY**

 Zrzucenie wagi

 Budowa muskulatury

 Profilaktyka

  Poprawa stanu zdrowia

 Zdrowy styl życia

  Zdrowe odżywianie

 Przyrost masy ciała

 Eliminacja dolegliwości

 Inny: ………………………………………….

 CZĘŚĆ OGÓLNA

Status zawodowy:

 Uczeń/student

  Prowadzę własną działalność

 Nie pracuję

 Emeryt/rencista

 Pracuję zawodowo

Wykonywany zawód: ……………………………………….

Charakter twojej pracy:

 Siedząca przy komputerze

  Stresująca

 Praca zmianowa (Jeśli tak – rodzaj zmian )

  Fizyczna

 Stojąca

  W samochodzie

Jak oceniasz swoją codzienną aktywność spontaniczną

 Siedząco/leżąca (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam)

 Umiarkowanie aktywny (spaceruję regularnie)

 Mało aktywny (spaceruję raz na jakiś czas)

 Aktywny (spaceruję i uprawiam sport min. 3 x w tyg.)

 Bardzo aktywny (uprawiam sport min. 5 x w tyg.)

 Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę sportową:

ROZKŁAD DNIA

Opisz godzinowo rozkład stałych codziennych czynności na przestrzeni tygodnia np. pobudka/praca/zakupy/trening/spanie.

Poniedziałek

Wtorek

Środa

Czwartek

Piątek

Sobota

Niedziela

 WYWIAD ŻYWIENIOWY

 Stosowane diety (kiedy? jaka? W przybliżeniu, czy były efekty )

Czy planujesz jadłospis z wyprzedzeniem?

 Nie

  Tak, czasami

 Tak, regularnie

Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego /słonego?

 Nie 

Tak, często

 Czasami

Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?

 W domu

 W restauracji

 W pracy

  Różnie

 W szkole

Czy w pracy/szkole możesz zjeść posiłek o dowolnej porze?

 Nie  Tak

Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku?

 Nie  Tak, ale jem zimne

 Tak, korzystam z mikrofalówki

Ile litrów lub szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?

 .............litrów /lub szklanek

Czy pijesz kawę?

 Nie  Tak, codziennie

 Od czasu do czasu

Jeśli w poprzednim pytaniu odpowiedziałeś tak, to jaka to kawa i ile wypijasz ich w ciągu dnia?

 Rozpuszczalna  Z ekspresu

 Sypana (zalewana)  3w1

Ilość kaw wypijanych w ciągu dnia: ………………..

Dodatki do kawy, których używasz:

 Mleko krowie  Mleko migdałowe

 Mleko kokosowe  Śmietanka do kawy

 Mleko sojowe  Cukier

 Mleko ryżowe  Miód

 Słodzik

Czy pijesz herbatę?

 Nie  Tak, codziennie

 Od czasu do czasu

Jaka to herbata i ile ich pijesz w ciągu dnia?

 Czarna  Z cukrem

 Zielona, czerwona, biała  Z sokiem lub mlekiem

 Ziołowa  Z cytryną

 Owocowa

Ilość wypijanych herbat w ciągu dnia: …………..….

Jakie inne napoje spożywasz w ciągu dnia?

 Świeże soki wyciskane  Napoje energetyczne

 Napoje gazowane  Wody smakowe

 Napoje i soki kolorowe  Żadne z wymienionych

Czy spożywasz alkohol?

 Nie  Tak, często

 Okazjonalnie

Jakie przyprawy stosujesz w swojej kuchni?

 Maggi  Ziarenka smaku

 Vegeta  Zioła

 Rosołki  Sól i pieprz

Czy jadasz pieczywo ?

 Nie

  Tak, JEŚLI TAK TO JAK CZĘSTO

 Czasami

Czy jadasz kasze, ryż, pseudo zboża (komosa ryżowa, teff, sorgo)?

 Nie  Tak, często

 Czasami

Czy spożywasz produkty typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy?

 Nie  Tak, często

 Czasami

Czy jesz ryby?

 Nie  Tak, często

 Czasami

 PREFERENCJE ŻYWIENIOWE

Produkty, które szczególnie lubię:

Produkty, których nie lubię, ale zjem, jak trzeba:

Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno:

Produkty, po których odczuwam dolegliwości:

 ZDROWIE

Dolegliwości zdrowotne i choroby - wypisz te, które występują u Ciebie:

Czy jesteś pod stałą opieką lekarską?

 Nie  Tak

Wypisz specjalizację lekarza: ……………………………………………….

Czy zażywasz regularnie:

 leki przepisane przez lekarza

 parafarmaceutyki

 suplementy, witaminy i minerały

 antydepresanty

 preparaty odchudzające

 wspomagające wypróżnienia

 leki przeciwzapalne np.: Apap, Ibuprom

 środki na zgagę

 preparaty ziołowe

Wypisz nazwy i dawki stosowanych leków czy wymienionych wyżej środków:

Czy przed suplementacją wykonane zostały badania diagnostyczne?

 Nie  Tak

Wypisz przebyte operacje i zabiegi, kiedy się odbyły oraz jakie są zalecenia lekarskie:

Czy palisz papierosy?

 Nie  Tak

 Jestem byłym palaczem

  Okazjonalnie

Ile wypalasz papierosów dziennie:………………………..

Czy cierpisz na astmę?

 Nie  Tak

 Nie wiem, ale miewam duszności

Jak często się wypróżniasz?

 Raz dziennie  Raz na dwa dni

 Dwa razy dziennie  Raz na tydzień

 Wiele razy dziennie  Nieregularnie

STYL ŻYCIA

 Kładę się spać po 22:00

 Zarywam noc

 Siedzę przed komputerem, telewizorem lub telefonem po17:00

 Spędzam czas wolny w markecie lub sklepie

 Są takie dni, kiedy w ogóle nie wychodzę na zewnątrz

 Chodzę na siłownię lub fitness wieczorem

 Śpię godzinę krócej by mieć czas na aktywność fizyczną

 Śpię mniej niż 7 godzin

 Wybudzam się w nocy

 Stresuję się

 Mam stany lękowe

 Pracuję więcej niż 8 godzin

 Trudno mi się rano wstaje

 Jestem typem „sowa”

 Unikam aktywności fizycznej

 Często boli mnie głowa

 Cierpię na bezsenność

 Pracuję w warunkach stresu

 TYLKO DLA KOBIET

Czy stosujesz antykoncepcję farmakologiczną?

 Nie  Tak

 Kiedyś stosowałam

Wpisz jaki to był rodzaj antykoncepcji i czas stosowania:

Czy jesteś w ciąży?

 Nie  Tak

 Nie wiem

Jeśli tak, wpisz w którym tygodniu ciąży jesteś i datę planowanego rozwiązania:

Czy jesteś w połogu?

 Nie  Tak

 Od porodu minęło:

Czy obecnie karmisz piersią?

 Nie  Tak

 Tak, ale odstawiam już dziecko od piersi

Czy planujesz w najbliższym czasie zajść w ciążę?

 Nie

 Tak, aktywnie staram się o dziecko

 Tak, planuję, ale nie mam konkretnego terminu

Czy masz regularne miesiączki?

 Nie  Tak

 Nie mam miesiączki

Czy masz PMS lub bóle podczas miesiączki?

 Nie  Tak, mam PMS

 Tak, mam bóle brzucha

Na konsultację zabierz ze sobą wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie /medyczne/ fizjoterapeutyczne. Pamiętaj też, żeby przed konsultacją prowadzić dzienniczek żywieniowy

\*Ankieta ma charakter informacyjny. Pozwala na właściwe podejście do problemu pacjenta i zoptymalizowanie problemu oraz pozwala na prawidłowe wyliczenie zapotrzebowania kalorycznego na dobę, jak również właściwe zaopiekowanie się osobą zgłaszającą się do gabinetu dietetycznego .