

FORMULARZ WYWIADU ŻYWIENIOWEGO

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza. Pozyskane informacje posłużą mi do ułożenia planu dietetycznego dopasowanego do Twoich preferencji żywieniowych, stanu zdrowia i trybu życia.

IMIĘ I NAZWISKO:

Data urodzenia:

Adres email, telefon kontaktowy:

Wybrany jadłospis (który, na jaki okres):

POMIARY

Wzrost (cm):

Aktualna masa ciała (kg):

OPCJONALNIE: Obwód talii w cm (pomiaru dokonuje się: u Pań w połowie odległości pomiędzy dolnym brzegiem łuku żebrowego, a górnym brzegiem talerza kości biodrowej, u panów na poziomie pępka) :

OPCJONALNIE: Obwód bioder w cm (pomiaru dokonuje się: u pań w miejscu największego obwodu bioder, u panów na poziomie górnego końca kości udowej) :

POWÓD SKORZYSTANIA Z OFERTY (m.in. czego oczekujesz od dietetyka, masę ciała jaką chcesz osiągnąć, problemy zdrowotne, czy chcesz poprawić coś jeszcze?):

Czy jesteś w ciąży lub planujesz ciążę?:

Z iloma osobami zamieszkujesz?:

Zawód/status zawodowy:

Charakter pracy (siedząca, stojąca, umiarkowany ruch, dużo ruchu):

Godziny pracy (podaj godziny pracy dla każdego dnia tygodnia):

Ile czasu zajmuje dojazd do pracy?:

Przerwy na posiłek podczas pracy (ilość, czas trwania):

Czy w miejscu pracy istnieje możliwość odgrzania posiłku lub zagotowania wody?:

Godzina pobudki:

Godzina udania się na spoczynek nocny:

W której godzinie po przebudzeniu jadasz pierwszy posiłek?:

Ile godzin przed snem jadasz ostatni posiłek w ciągu dnia?:

STOSOWANE DIETY W PRZESZŁOŚCI (Jakie, ile razy? Czy przestrzegałeś/aś wszystkich zaleceń diety i czy przyniosła rezultaty?):

CZY UPRAWIASZ REGULARNIE SPORT? (Jeśli tak to jaki i jak często?):

Stosowane używki (kawa, papierosy, alkohol i inne – czy są stosowane i w jakich ilościach):

PODKREŚL POSIADANE SPRZĘTY:

Blender, toster, opiekacz do grzanek, gofrownica, sokowirówka, parowar, mikrofalówka

Inne (jakie):

Ile posiłków dziennie spożywasz/preferujesz i o jakich godzinach?:

Czy weekend różni się od dni powszednich ilością i jakością spożywanych posiłków? Jeśli tak to w jaki sposób:

Czy jadasz pomiędzy posiłkami?:

Jak często jadasz słodycze i jakie?:

Ile płynów dziennie wypijasz i jakie to rodzaje płynów? (czy pijasz dużo kawy, herbaty, alkoholu? Czy pijasz kawę z cukrem i mlekiem?):

Czy słodzisz napoje? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?:

Jakie pieczywo spożywasz i czym je smarujesz?:

Jak często jadasz warzywa i owoce?:

Jak często jadasz mleko, sery, nabiał?:

Jak często jadasz pieczywo razowe, kasze i rośliny strączkowe?:

Najczęściej spożywany przez Ciebie rodzaj mięsa? Jak często je spożywasz? W jaki sposób je przyrządzasz? (np. grillowanie, gotowanie na parze, duszenie bez obsmażania, duszenie z obsmażaniem, smażenie, gotowanie, inne):

Jakiego tłuszczu używasz?

Jak często spożywasz dania typu fast food i dania gotowe? (np. raz w miesiącu pizza, kupne pierogi, krokiety 2 razy w tygodniu):

TWÓJ PREFEROWANY SMAK (słodki/słony/ostry/ziołowy/kwaśny):

POTRAWY/PRODUKTY PO KTÓRYCH CZUJESZ SIĘ ŹLE (czy takie są, jeśli tak to jakie):

Produkty, które lubisz i z których nie jesteś w stanie zrezygnować:	Produkty, których nie lubisz:

Produkty i potrawy najczęściej spożywane na śniadanie (np. 2 kromki chleba pszennego, jajecznica z 3 jaj smażona na maśle, 2 parówki, szklanka mleka)	Produkty i potrawy najczęściej spożywane na obiad (np. 1 pierś z kurczaka, 3 średnie ziemniaki, miseczka surówki)	Produkty i potrawy najczęściej spożywane na kolację (np. 1 grahamka, 100 gram makaronu, sałatka z pomidorów, szklanka soku jabłkowego)	Produkty najczęściej podjadane (np. paczka chipsów, 1 baton czekoladowy, garść bakalii, 1 banan)

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Dolegliwości związane z przewodem pokarmowym (podkreśl właściwe i opisz ich częstotliwość, okoliczności np. codziennie po wypiciu mleka):

- Zaparcia
- Biegunki
- Wzdęcia
- Refluks żołądkowo-jelitowy
- Nieżyt żołądka
- Zgaga
- Częste bóle brzucha
- Gazy
- Inne (jakie?):

Czy występują u Ciebie nietolerancje pokarmowe lub alergie?

Produkty, składniki przeciwwskazane (rodzaj, przyczyna- np. jaja-alergia, laktoza, gluten – nietolerancja)

INNE CHOROBY (podkreśl właściwe):

- Niedoczynność tarczycy
- Nadczynność tarczycy
- Miażdżyca
- Osteoporoza
- Cukrzyca typu I
- Cukrzyca typu II
- Insulinooporność:
- Choroba Hashimoto
- Nadciśnienie tętnicze
- Nowotwór
- Inne (jakie?):

Czy w rodzinie występują któreś z powyższych chorób?:

Czy w rodzinie występuje nadwaga lub otyłość? (np. rodzice otyli, rodzeństwo szczupłe):

Czy stosujesz jakieś leki, suplementy, witaminy, antykoncepcję hormonalną? (jakie i jak często?):

Jak często się wypróżniasz i czy sprawia Ci to trudność? Czy stosujesz jakieś środki/metody wspomagające wypróżnianie?:

NAJBARDZIEJ AKTUALNE WYNIKI BADAŃ (jeśli posiadasz):

- Ciśnienie:
- Cholesterol całkowity:
- Cholesterol LDL:
- Cholesterol HDL:
- Trójglicerydy:
- Glukoza na czczo:
- TSH:
- Inne:

SUGESTIE DOTYCZĄCE JADŁOSPISU (np. proste do wykonania posiłki, lubię/nie lubię gotować, nie drogie produkty, nie mam czasu i inne):

SKĄD WIESZ O DORADZTWIE ŻYWIENIOWYM „BE LIGHT”? (np. z jakiej strony, z czyjego polecenia):

*Wysyłając wypełniony formularz wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zawartych w wywiadzie żywieniowym dla potrzeb niezbędnych w celu opracowania indywidualnej diety, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 ze zm.)

** Nie ponoszę odpowiedzialności za efekty diety w przypadkach poświadczenia nieprawdy przez pacjenta oraz nie okazania aktualnych wyników badań laboratoryjnych.