

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W TYM DANYCH WRAŻLIWYCH

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii tj. o stanie mojego zdrowia, przez Sig-Ma Sp. z o.o. (Be Light) w celach związanych z realizacją umowy o świadczeniach usług dietetycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych nr 2016/679.

Jestem świadomym, że:

- administratorem moich danych osobowych, jest Sig-Ma Sp. z o.o. (Be Light) z siedzibą we Wrocławiu, email: belight.dietetyk@gmail.com
- przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją umowy o świadczenie usługi dietetyka przez okres niezbędny dla świadczonej umowy oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń.
- podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji umowy, zgodę na przetwarzanie danych można cofnąć w każdym czasie
- mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
**Data i podpis pacjenta (ręczny lub elektroniczny)**

## 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? Ile posiłków jadasz w ciągu dnia i o jakich godzinach?:

Czy jadasz pomiędzy posiłkami?:

Jak często jadasz słodczyce?:

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?:

Jakiego tłuszczu używasz?

Jak często jadasz warzywa i owoce?:

Jak często jadasz mleko, sery, nabiał?:

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

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

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):

<b>Produkty, które lubisz i z których nie jesteś w stanie zrezygnować:</b>	<b>Produkty, których nie lubisz:</b>

<b>Produkty i potrawy najczęściej spożywane na śniadanie</b> (np. 2 kromki chleba pszennego, jajecznica z 3 jaj smażona na maśle, 2 parówki, szklanka mleka)	<b>Produkty i potrawy najczęściej spożywane na obiad</b> (np. 1 pierś z kurczaka, 3 średnie ziemniaki, miseczka surówki)	<b>Produkty i potrawy najczęściej spożywane na kolację</b> (np. 1 grahamka, 100 gram makaronu, sałatka z pomidorów, szklanka soku jabłkowego)	<b>Produkty najczęściej podjadane</b> (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
- Miażdżycy
- 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):

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

.....  
**Data i podpis pacjenta** (ręczny lub elektroniczny)