

## 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):

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

(K) Czy jesteś w ciąży lub planujesz ciążę? Czy karmisz piersią?:

Z iloma osobami zamieszkujesz?:

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

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

Godzina pobudki:

Godzina udania się na spoczynek nocny:

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

#### PODKREŚL POSIADANE SPRZĘTY:

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

Inne (jakie):

Ile posiłków dziennie spożywasz/preferujesz i o jakich godzinach? Które z nich jadasz w domu, a które w pracy?:

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

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:

### **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?**

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

**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):

## Ankieta vitalności

(Podkreśl wszystkie, które cię dotyczą):

- ✓ Brak energii, spadek sił,
  - ✓ dużo stresu w życiu,
  - ✓ roztargnienie, słaba pamięć lub koncentracja,
  - ✓ strach i lęk,
  - ✓ częste obniżenia nastroju,
  - ✓ dół, brak radości,
  - ✓ łatwo się irytuje, wpadam w złość, tracę kontrolę nad sobą,
  - ✓ bezsenność, niespokojny sen, nie wysypiam się,
  - ✓ przybicie, apatia, depresja,
  - ✓ utrzymujący się niepokój, zamartwianie się
- 
- ✓ palenie papierosów
  - ✓ smog, zanieczyszczenia powietrza, wody...
  - ✓ często biorę leki bez recepty, np. przeciwbólowe
  - ✓ niedawno zakończone antybiotyki
  - ✓ przewlekłe biorę leki na receptę
  - ✓ chlorowana woda do picia
  - ✓ używam regularnie środków do czyszczenia ze sklepu
  - ✓ nadwrażliwość na chemikalia, artykuły spożywcze
  - ✓ alergia na pokarmy
  - ✓ alergia na substancje w powietrzu
- 
- ✓ niewystarczająca aktywność fizyczna, siedzący tryb życia
  - ✓ mniej niż 3 porcje warzyw lub owoców dziennie
  - ✓ pociąg do słodczy
  - ✓ nadużywanie alkoholu
  - ✓ często białe pieczywo, makarony, potrawy mączne
  - ✓ częste spożywanie czerwonego mięsa
  - ✓ nadmiar nabiału w diecie
  - ✓ pokarmy tłuste lub smażone
  - ✓ trudności w utrzymaniu prawidłowej wagi
  - ✓ nieprzestrzeganie diety
- 
- ✓ częste choroby
  - ✓ nieprzyjemny zapach ciała lub z ust
  - ✓ dolegliwości trawienne
  - ✓ obrzęki pod oczami
  - ✓ obniżona odporność
  - ✓ szybkie męczenie się
  - ✓ problemy z dziąsłami, zębami
  - ✓ zaparcia
  - ✓ powolna rekonwalescencja
  - ✓ niska aktywność seksualna, słabe libido
  - ✓ nieregularne stolce

- ✓ brak apetytu
  
- ✓ wypadanie włosów
- ✓ problemy z cerą
- ✓ defekty na skórze lub nieodpowiedni kolor skóry
- ✓ rozdławające się i łamliwe paznokcie
- ✓ suche, matowe, zniszczone włosy
- ✓ bolesne lub nieregularne miesiączki
- ✓ zimne ręce lub stopy
- ✓ problemy menopauzalne
- ✓ problemy z trawieniem
- ✓ nadmierne odbijanie lub gazy po posiłkach
- ✓ zgaga lub wzdęcia po jedzeniu
  
- ✓ problemy z oddychaniem, duszności
- ✓ nadmiar flegmy
- ✓ problemy starości
- ✓ częste oddawanie moczu
- ✓ ból przy oddawaniu moczu
- ✓ wstawanie w nocy, by oddać mocz
- ✓ obrzęki i bóle stawów, ból krzyża
- ✓ słabość mięśni
- ✓ kruchość kości
- ✓ kurcze mięśniowe
- ✓ nawracające grzybice

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



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