

ANKIETA

przed wizytą u dietetyka

DANE OSOBOWE

Imię i Nazwisko:

Wiek:

Wzrost:

Waga:

Mail:

Telefon:

Wypełnij ankietę, wpisz odpowiedź lub zaznacz w kwadracie (możesz zaznaczyć kilka).

CEL WIZYTY

Zrzucenie wagi
Przyrost masy ciała
Poprawa stanu zdrowia

Profilaktyka
Mam pytania
Zdrowe odżywianie

Zdrowy styl życia
Budowa masy mięśniowej
Przygotowanie do zawodów

AKTYWNOŚĆ

Status zawodowy:

Uczeń/student
Prowadzę działalność

Nie pracuję
Emeryt / Rencista

Pracuję zawodowo
Inny

Charakter twojej pracy:

Siedząca przy komputerze
Stresująca

Praca zmianowa
Fizycznie obciążająca

Stojąca
W samochodzie

Oceń swoją codzienną aktywność w wolnym czasie po pracy?

Siedząco/leżąca (w domu raczej odpoczywam)
Mało aktywny (spaceruję raz na jakiś czas)
Bardzo aktywny (uprawiam sport min. 4 x w tyg)

Oceń swoją codzienną aktywność w pracy?

Siedząca (w pracy siedzę, wstaję na lunch)
Mało aktywny (siedzę, ale również wychodzę do klienta)
Bardzo aktywny (wychodzę do klienta)

Oceń swoją aktywność w weekendy?

Siedząco/leżąca (w domu raczej odpoczywam)
Mało aktywny (spaceruję raz na jakiś czas)
Bardzo aktywny (uprawiam sport głównie w weekendy)
W weekendy przebywam za miastem
Dość często imprezuję w weekendy

Ile godzin dziennie spędzasz w aucie?

1-2
2-4
4 i więcej

ROZKŁAD DNIA

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

godzina	pn	wt	śr	czw.	pt	sob	nd

INNE INFORMACJE

Twoja historia stosowanych diet (kiedy? jaka?)

Czy planujesz jadłospis z wyprzedzeniem?

Nie Tak, regularnie Czasami

Czy po spożyciu dużej ilości zdarza Ci się zwracać pokarm (np. wymioty)?

Nie Tak, regularnie Czasami

Czy podjadasz w nocy?

Nie Tak, regularnie Czasami

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

Nie Tak, często Czasami

Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?

W domu W pracy w szkole Na mieście Różnie

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

Nie Tak

Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku?

Nie Tak, korzystam z mikrofalówki Tak, ale jem zimne

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

Czy pijesz kawę?

Nie Tak, codziennie Czasami

Jaka to kawa i ile ich dziennie pijesz?

Rozpuszczalna Sypana (zalewana) Z ekspresu 3 w 1
Ilość kaw w ciągu dnia:

Dodatki do kawy, które stosujesz:

Mleko krowie Mleko kokosowe Mleko sojowe Mleko ryżowe
Mleko migdałowe Cukier Miód Słodziki

Czy pijesz herbatę?

Nie Tak, codziennie Czasami

Jaka to herbata i ile ich pijesz w ciągu dnia?

Czarna Zielona, czerwona, biała Ziołowa
Owocowa Słodzona Z sokiem lub mlekiem Z cytryną

Jakie inne napoje spożywasz w ciągu dnia?

Świeże soki wyciskane Napoje gazowane Napoje i soki kolorowe
Napoje energetyczne Wody smakowe Żadne z wymienionych

Czy spożywasz alkohol?

Nie Tak, często Okazjonalnie

Jakie przyprawy stosujesz w swojej kuchni?

Maggi Vegeta Rosółki
Ziarenka smaku Zioła Sól i pieprz

Czy jadasz pieczywo tradycyjne pszenne?

Nie Tak, codziennie Czasami

Czy jadasz kasze, ryż, pseudozboża (komosa ryżowa itd)?

Nie Tak, często Czasami

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

Nie Tak, często Czasami

Czy jesz ryby?

Nie Tak, często Czasami

LUBIĘ NIE LUBIE

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

Twoje ulubione dania jakie przygotowujesz do tej pory (dania i skład)

CHOROBY - zaznacz te, które występują u Ciebie:

Otyłość	Insulinooporność	Refluks żołądkowo-przełykowy
Cukrzyca typu I	Cukrzyca typu II	Zespół jelita nadwrażliwego
Hasimoto	Niedoczynność tarczycy	Nadczynność tarczycy
Cukrzyca Ciężowa	Osteoporoza	Choroba Nowotworowa
Wole obojętne tarczycy	Niewydolność serca	Nadciśnienie tętnicze
Zapalenie jelita grubego	Stłuszczenie wątroby	Wrzody żołądka
Hiperlipidemia	Miażdżyca	Kamica nerkowa
Kamica pęcherzyka żółciowego	Niewydolność nerek	Zespół Policystycznych Jajników
Choroba Gravesa-Basedowa	Choroba Leśniowskiego	Zapalenie pęcherzyka żółciowego

Inne:

WYSTĘPUJĄCE DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNE U CIEBIE

wypisz te, które występują u Ciebie:

Biegunki	Krew w stolcu	Zaparcia
Bóle brzucha	Śluz w stolcu	Zgaga
Cofanie treści pokarmowej	Środki na zgagę	Bładość skóry
Gazy, Wzdęcia	Odbijanie	Częste bóle i zawroty głowy
Nudności	Uczucie pełności w żołądku	Brak apetytu
Wymioty	Uczucie przelewania w jelitach	Częste przeziębienia
Drżenie i drętwienie rąk	Bezsenna noc	Kruche i łamliwe paznokcie
Wypadające włosy	Suchość ust	Łuszczenie się skóry twarzy
Problemy z pamięcią	Stany zapalne jamy ustnej	Problemy z koncentracją
Oslabienie ciągłe zmęczenie	Puchnięcie kończyn dolnych	Skurcze i bóle mięśni

Inne dolegliwości zdrowotne:

Czy jesteś pod stałą opieką lekarską?

Tak

Nie

SPECJALIZACJA:

SPECJALIZACJA:

SPECJALIZACJA:

Czy zażywasz regularnie?

leki przepisane przez lekarza
antydepresanty
leki Typu Apap i inne

parafarmaceutyki
preparaty odchudzające
środki na zgagę

preparaty ziołowe
wspomagające wypróżnienia
suplementy, witaminy, minerały

Wypisz nazwy i dawki stosowanych leków czy suplementów:

Czy przed suplementacją wykonane były badania diagnostyczne?

Tak

Nie

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

Czy palisz papierosy?

Nie
Jestem byłym palaczem

Tak 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

Czy masz plomby z amalgamatu?

Nie
Tak, jedną

Nie, ale mam plomby z innych tworzyw
Tak, kilka

Zostały usunięte
Tak, ale planuje usunąć

Czy masz zęby leczone kanałowo?

Nie
Nie wiem

Tak, jeden
Jestem w trakcie leczenia

Tak, kilka

TYLKO DLA KOBIET

Czy stosujesz antykoncepcję farmakologiczną?

Nie

Tak

Kiedyś stosowałam

Wypisz jaki to był rodzaj antykoncepcji i czas stosowania:

Czy jesteś w ciąży?

Nie

Tak

Nie wiem

Wpisz w którym tygodniu ciąży jesteś i date 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

STYL ŻYCIA

Łatwo wybucham złością
Siedzę przed komputerem,
telewizorem lub telefonem
Jestem nieszczęśliwy/a
Wifi pozostaje włączone na noc
Wstaję, kiedy budzik zadzwoni
(bez budzika nie wstanę)
Śpię godzinę krócej, by mieć
czas na aktywność fizyczną
W pracy, w czasie przerwy
zaglądam na FB lub podobne
Pracuję w warunkach stresu
Śpię mniej niż 7 godzin
Mam stany lękowe
Jestem typem „sowa”
Cierpię na bezsenność
Zarywam noc
Często boli mnie głowa
Używam wilgotnych chusteczek

Kładę się spać po 22:00
Spędzam czas wolny w markecie lub sklepie
Są takie dni, kiedy w ogóle nie wychodzę na zewnątrz
Długo noszę w sobie urazę
Zawsze dokładnie myję ręce
Chodzę na siłownię lub fitness wieczorem
Używam antyperspirantów
Kąpię się 2 razy dziennie
Kiedy świeci słońce noszę okulary słoneczne
Razi mnie światło
Wybudzam się w nocy
Mam stany lękowe
Często się stresuję
Pracuję więcej niż 8 godzin
Unikam aktywności fizycznej
Mam napadowe jedzenie
Trudno mi się rano wstaje
Często podjadam

Inne ważne informacje: