

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNO - ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres e-mail:

Nr telefonu:

1. Jaki jest Pana/Pani zawód wykonywany? Jakie czynności Pan(i) wykonuje w pracy?
.....

2. Czy jest to praca zmianowa? Czy jest zmiana nocna?
.....

3. Ile dni w tygodniu Pan(i) pracuje?
.....

4. Gdzie najczęściej robi Pan(i) zakupy? (sklep osiedlowy, hipermarket, bazarek)
.....

5. Ile osób liczy Pana/Pani gospodarstwo domowe? Jeśli sam, przejdź do pyt. 10
.....

Czy ma Pan(i) dzieci? W jakim są wieku?

Czy spożywa Pan(i) posiłki razem z rodziną?
TAK NIE

6. Czy któryś z domowników ma zaleconą specjalną dietę i czy się do niej stosuje?
.....

7. Czy sposób żywienia domowników różni się od Pana(i) sposobu żywienia?
.....

8. Kto w Pana/Pani domu przygotowuje posiłki?
.....

9. Czy stosował(a) Pan(i) kiedykolwiek diety odchudzające lub inne?

TAK

NIE

Rodzaj diety	Kiedy była stosowana?	Jak długo trwała?	Z jakiego powodu była stosowana?

KOBIETA. MĘŻCZYZNA → pyt. 14

10. Czy regularnie Pani miesiączkuje? Czy krwawienia są normalne czy obfite i długotrwałe?

11. Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

12. Czy karmi Pani piersią?

TAK

NIE

Stan zdrowia pacjenta

13. Czy choruje Pan(i) na choroby przewlekłe?

TAK

NIE

Nazwa choroby	Od kiedy?	Objawy	Czy w związku z chorobą stosowana była dietoterapia?

14. Jakie choroby przewlekłe występują w Pana/Pani rodzinie?

.....

.....

15. Czy przyjmuje Pan(i) leki i/lub suplementy diety?

TAK

NIE

Nazwa leku/suplementu	Dawkowanie	Czy jest Pan(i) pod opieką lekarza specjalisty/poradni specjalistycznej? Jeśli tak to jakiego/jakiej?

16. Czy miał(a) Pan(i) przeprowadzone zabiegi operacyjne?

TAK

NIE

a. Jakie?.....

b. Kiedy?

17. Czy występują u Pana/Pani alergie lub nietolerancje pokarmowe?

Rodzaj alergii (pokarmowa, wziewna, kontaktowa)	Czy została zdiagnozowana przez lekarza/testy alergologiczne?	Jakich produktów dotyczy?

18. Wypróżnienia

Jak często występują wypróżnienia?	Czy występują zaparcia (stolec rzadziej niż 2x na tydzień)? Jak często się zdarzają?	Czy zdarzają się biegunki (stolec 4x lub więcej na dobę)? Jak często?	Czy występuje krew w stolcu?

19. Czy zdarzają się Panu/Pani wzdęcia lub przelewanie? Jeśli tak to spożyciu jakich produktów?

.....

20. Inne dolegliwości (proszę podkreślić właściwe): migreny, bóle głowy, bóle brzucha, zgaga, niestrawność, uczucie pełności w żołądku, problemy ze snem, bóle stawów, obrzęki, sucha skóra, wypadanie włosów, łamliwość paznokci.

21. Czy ostatnio występowały nagłe zmiany masy ciała?

.....

Styl życia/ sposób żywienia

22. Ile posiłków dziennie Pan(i) spożywa?

23. Czy spożywa Pan(i) posiłki o stałych porach?

24. Czy odczuwa Pan(i) głód po przebudzeniu?

25. W jakim czasie po przebudzeniu spożywa Pan(i) pierwszy posiłek?

26. Ile czasu przed snem spożywa Pan(i) ostatni posiłek?

27. Ile godzin Pan(i) śpi?

28. O której godzinie Pan(i) zasypia?

29. Czy rano czuje się Pan(i) wypoczęty(a)? Jaki jest poziom energii w ciągu dnia?

.....

30. Czy zdarza się Panu/Pani wstawać w nocy? TAK NIE

31. Jeżeli wstaje Pan(i) w nocy, jakie czynności wtedy Pan(i) wykonuje? (np. oglądanie telewizji, czytanie, pójście do toalety, jedzenie, picie wody, słuchanie muzyki)

.....

32. Czy w pracy ma Pan(i) przerwę na posiłek? Jak długą?

.....

33. Czy ma Pan(i) możliwość przechowania i podgrzania posiłku w pracy? TAK NIE

34. Czy praca jest dla Pana(i) stresująca? TAK NIE

35. Jak Pan(i) reaguje na stres?

36. Czy jada Pan(i) poza domem? TAK NIE

37. Jeśli tak, gdzie najczęściej – u rodziny, znajomych, w restauracji?

.....

38. Czy jada tam Pan(i) zwykle to samo co w domu czy raczej coś innego?

.....

39. Czy odczuwa Pan(i) głód pomiędzy posiłkami? TAK NIE

40. Czy zdarza się Panu(i) podjadać między posiłkami? TAK NIE

41. Jeśli tak to jakiego rodzaju są to przekąski? (kanapka, sałatka, słone przekąski, owoce, ciastka, produkty mleczne, inne)

.....

42. W jakiej sytuacji najczęściej Pan(i) podjada?

a. podczas oglądania telewizji

b. podczas korzystania z komputera

c. podczas spotkań towarzyskich

d. w czasie braku zajęcia

e. podczas czytania książki

f. podczas pracy

g. podczas wykonywania innych czynności (proszę podać jakich)

43. Czy Pana/Pani sposób żywienia w weekendy różni się od codziennego?

TAK NIE

44. Jakie techniki kulinarne najczęściej Pan(i) stosuje?

- a. gotowanie e. grillowanie
b. duszenie f. brak obróbki termicznej
c. pieczenie g. inne
d. smażenie

45. Proszę podać produkty/potrawy, których (ze względu na upodobania, przekonania, poglądy religijne, alergie/nietolerancje) nie chce Pan(i) uwzględniać w swojej diecie.

46. Proszę o podanie kilku produktów, które Pan(i) szczególnie lubi oraz kilku, których nie lubi. Pozwoli mi to w miarę możliwości jak najlepiej przystosować jadłospis do Pana/Pani upodobań.

LUBIĘ	NIE LUBIĘ

47. Jakie potrawy Pan(i) preferuje (słodkie, słone, kwaśne, gorzkie, pikantne, łagodne)?.....

48. Czy stosuje Pan(i) dodatki do potraw (jak np. majonez, musztarda, ketchup, chrzan)?

49. Co Pan(i) najczęściej pija (herbata, kawa, wino, piwo, likier, woda, słodkie napoje gazowane, soki owocowe, wody smakowe)?

50. Czy słodzi Pan(i) napoje?

TAK NIE

51. Jeśli tak, to czym i ile (słodzik, cukier, syrop, miód, ksylitol, erytrytol, stevia itp.)

52. Czy dosala Pan(i) posiłki?

TAK NIE

53. Jaki rodzaj tłuszczu najczęściej Pan(i) spożywa?

- a. do smarowania kanapek
b. do gotowania, smażenia
c. do sałatek

54. Jak często spożywa Pan(i) produkty typu fast-food (hamburger, pizza, frytki, kebab itp.)?

55. Czym kieruje się Pan(i) podczas wyboru produktów spożywczych?

- a. jakością
b. ilością
c. ceną
d. przyzwyczajeniem
e. smakiem

56. Czy czyta Pan(i) etykiety produktów?

TAK NIE

57. Jak Pan(i) ocenia swój obecny sposób żywienia?

DOBRE ŻŁE NIE MAM ZDANIA

58. Czy pali Pan(i) papierosy?

TAK NIE

- a. jak często?
b. od jak dawna?
c. ile papierosów dziennie?

Aktywność fizyczna

59. W jaki sposób najczęściej pokonuje Pan(i) dystans z domu do pracy?

- a. pieszo d. rowerem
b. autobusem e. częściowo pieszo, częściowo komunikacją
c. samochodem f. w inny sposób

60. Czy uprawia Pan(i) jakiś sport?

Jaki?	Ile razy w tygodniu?	Ile trwa trening?	Czy ćwiczy Pan(i) samodzielnie czy z trenerem?	Od kiedy Pan(i) trenuje?

61. Czy ma Pan(i) jakieś zwierzę? Jeśli tak, czy wychodzi z nim Pan(i) na spacer, ile razy i jak długo one trwają?.....

62. Czy sposób żywienia przed i po treningu różni się o zwyczajowego?

TAK NIE

a. jeśli tak, proszę wskazać różnice

.....

63. Czy podczas treningu stosuje Pan(i) odżywki?

TAK NIE

.....

Motywacja

64. Co skłoniło Pana/Panią do umówienia się z dietetykiem?

.....

65. Co motywuje Pana/Panią do stosowania diety?

.....

POMIARY CIAŁA

Masa ciała

Wzrost

Wartość ciśnienia tętniczego

Obwód talii/bioder

Regulamin konsultacji online

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulamin Konsultacji online, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania, a w szczególności:

- Akceptuję regulamin konsultacji online.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z polityką prywatności.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości e-mail dotyczących moich konsultacji.

.....

Podpis