



EWA JAKUBIEC
DIETETYK

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Wzrost	
Waga	
Telefon kontaktowy	
Adres email	
Skąd dowiedziacieś/aś się o moim gabinecie?	

Rodzaj wykonywanej pracy:

Praca: siedząca stojąca mieszana

W trybie: jednozmianowym zmianowym

Aktywność fizyczna:

mała umiarkowana duża sportowiec

Czy palisz papierosy?

tak nie

Opisz swoją aktywność fizyczną w ciągu tygodnia:

--

Co Twoim zdaniem doprowadziło do Twojego obecnego stanu zdrowia?

Co skłoniło Cię do skorzystania z konsultacji i co chciałbyś/chciałabyś osiągnąć?

Czy kiedykolwiek stosowałeś/stosowałaś jakąś dietę? Jeśli tak, to jaką? Czy byłeś /byłaś z niej zadowolony/a i czy dała pożądany efekt? Jeśli nie, jak myślisz, dlaczego?

Co było najtrudniejsze w stosowaniu się do tej diety?

Czy obecnie stosujesz się do jakichś zaleceń?

tak nie

Jeśli zaznaczyłeś 'tak', opisz te zalecenia:

Ile czasu jesteś w stanie poświęcić na przygotowanie posiłków w ciągu dnia?

mniej niż godzina do dwóch godzin powyżej dwóch godzin

Czy odpowiada Ci Twoja obecna waga?

tak nie

Jeśli nie, to jaka Twoim zdaniem powinna być abyś czuł/czuła się dobrze?

ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE

Ile posiłków dziennie zjadasz?

1-2 2-3 3-4 4-5 5-6

Czy poza głównymi posiłkami jesz przekąski?

tak nie

Jeśli tak, to jakie?

Gdzie najczęściej zjadasz posiłki?

dom praca restauracja

Co zazwyczaj jesz na śniadanie i po jakim czasie od pobudki?

Co zazwyczaj jesz na obiad?

Czy jesz desery po obiedzie?

- tak nie sporadycznie

Na jakim tłuszczu smażysz i pieczesz potrawy?

Czym słodzisz potrawy?

- cukier biały cukier trzcinowy sztuczne słodziki ksylitol
 stewia miód

Co zazwyczaj jesz na kolację i ile godzin przed snem?

Czy jesz o stałych porach?

prawie zawsze sporadycznie nigdy

Jak często jesz posiłki poza domem?

codziennie 2-3 razy w tygodniu raz w tygodniu
 kilka razy w miesiącu kilka razy w roku

Ile szklanek wody dziennie wypijasz?

1-2 2-3 3-4 4-5 powyżej 5

Czy pijesz:

- kawę tak nie

jeśli tak, to jaką, z czym i jak często:

--

- herbatę tak nie

jeśli tak, to jaką, z czym i jak często:

--


Zaznacz, czy i opisz, jaki rodzaj, oraz jak często spożywasz produkty:

Produkt	Rodzaj	Jak często
<input type="checkbox"/> pieczywo		


<input type="checkbox"/> produkty mleczne (mleko, kefiry, sery..)		
<input type="checkbox"/> mięso		
<input type="checkbox"/> ryby		
<input type="checkbox"/> kasze		
<input type="checkbox"/> ryż		
<input type="checkbox"/> ziemniaki		
<input type="checkbox"/> rośliny strączkowe		
<input type="checkbox"/> warzywa		

<input type="checkbox"/> owoce		
<input type="checkbox"/> soki (kartonowe, świeżo wyciskane)		
<input type="checkbox"/> napoje energetyczne		
<input type="checkbox"/> oleje (słonecznikowy, rzepakowy itp..)		
<input type="checkbox"/> produkty do smarowania pieczywa		
<input type="checkbox"/> alkohol		
<input type="checkbox"/> fast food		
<input type="checkbox"/> płatki śniadaniowe		
<input type="checkbox"/> produkty w torebkach (zupy, sosy)		
<input type="checkbox"/> słone przekąski (chipsy, paluszki, krakersy)		

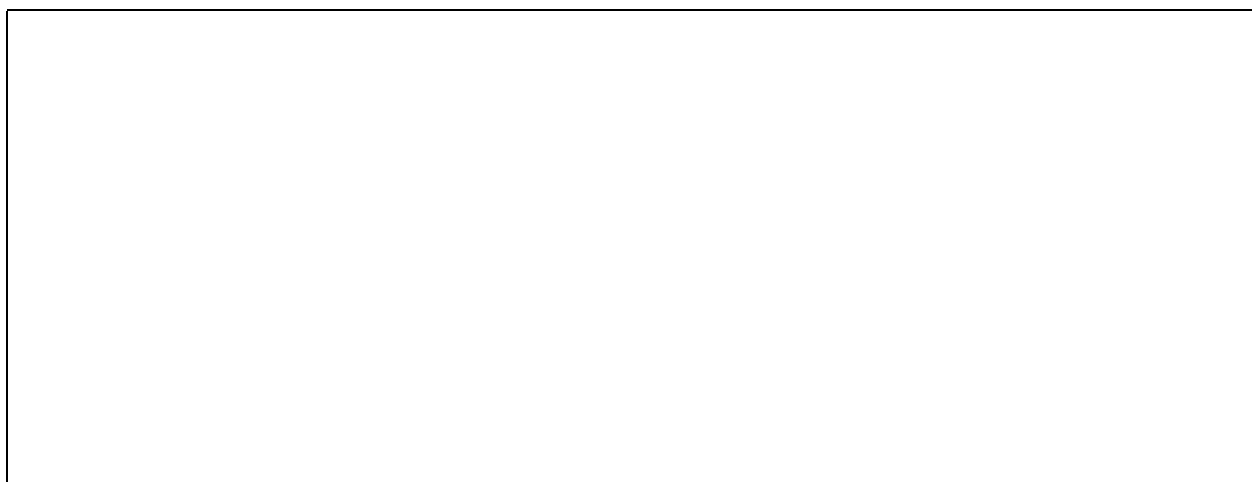
Potrawy/produkty, które lubisz jeść:



Potrawy/produkty, których nie lubisz jeść:



Potrawy/produkty, których nie zjesz na pewno:



ZDROWIE

Czy cierpisz na jakąś chorobę przewlekłą?

tak nie

jeśli tak, to jaką i od jakiego czasu:

Czy zażywasz jakieś leki na stałe, lub sporadycznie?

tak nie

jeśli tak, to jakie, jak często i od jak dawna:

Czy stosujesz suplementy diety, zioła?

tak nie

jeśli tak, to jakie, jakie dawki i od jak dawna:

--

Czy w przeszłości i obecnie zażywałeś/aś antybiotyki?

tak nie

jeśli tak, to jak często? Podaj też przybliżoną datę ostatniej kuracji:

--

Zaznacz, czy występują u Ciebie i opisz szczegóły (jeśli występują):

Dolegliwość	Szczegóły
<input type="checkbox"/> refluks/gazy/wzdęcia	
<input type="checkbox"/> nadmierne wypadanie włosów	
<input type="checkbox"/> bóle stawów	
<input type="checkbox"/> problemy z dziąskami/paradontoza	
<input type="checkbox"/> skurcze mięśni	

<input type="checkbox"/> biegunka	
<input type="checkbox"/> zaparcia	
<input type="checkbox"/> bóle głowy/migreny	
<input type="checkbox"/> alergię pokarmowe	

Zaznacz, jeśli w najbliższej rodzinie występują choroby takie jak:

- niedoczynność tarczycy/Hashimoto cukrzyca
 łuszczyca reumatoidalne zapalenie stawów

Czy istnieją produkty/potrawy po których czujesz się źle? Jeśli tak, to po jakich i jakie są objawy?

--

PYTANIA DLA KOBIET

Czy stosujesz bądź stosowałaś kiedykolwiek antykoncepcję hormonalną?

tak nie

jeśli tak, napisz od jak dawna lub jak dawno i jak długo:

Czy stosujesz hormonalną terapię zastępczą?

tak nie

jeśli tak, napisz od jak dawna:

Zaznacz, jeśli masz:

nieregularne miesiączki

bolesne miesiączki

Oświadczenie

Uczestnictwo w konsultacjach dietetycznych oraz stosowanie zalecanej diety jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność uczestnika/stosującego. Jeżeli masz wątpliwości co do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do uczestniczenia w konsultacji dietetycznej czy stosowania zalecanej diety zasięgnij opinii swojego lekarza. Zaleca się, aby przed zastosowaniem jakiegokolwiek programu dietetycznego zasięgnąć porady swojego lekarza.

.....

Data i podpis