



EWA JAKUBIEC
DIETETYK

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Wzrost	
Waga	
Telefon kontaktowy	
Adres email	
Skąd dowiedziałeś/aś się o moim gabinecie?	<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Wyszukiwarka Google <input type="checkbox"/> Z polecenia <input type="checkbox"/> Inne: <input type="text"/>

Rodzaj wykonywanej pracy:

Praca: siedząca stojąca mieszana

W trybie: jednozmianowym zmianowym

praca zmianowa obejmująca porę nocną

Czy masz kontakt ze substancjami niebezpiecznymi w swojej pracy (np. środki chemiczne)?

tak nie

Jakimi?

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 pożądaną efekt? Jeśli nie, jak myślisz, dlaczego?

Co było najtrudniejsze w stosowaniu się do tej diety?

Jak zdefiniowałbyś/ałabyś swój największy problem dotyczący stylu życia i/lub żywienia?
(Np. nieregularność posiłków, brak nawyku wypijania odpowiedniej ilości płynów, podjadanie...
Czy masz pomysł na to, skąd wynika ten problem?)

Czy zauważyłeś/aś niezamierzoną utratę masy ciała lub jej znaczny wzrost w ostatnich 6 miesiącach?

Czy obecnie stosujesz się do jakichś zaleceń lub stosujesz dietę np. wegetariańska, bezmleczną?

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? Podaj ich standardowe godziny

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?

Co zazwyczaj jesz na kolację i ile godzin przed snem?

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 erytrytol

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 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"/> jajka		
<input type="checkbox"/> słodczy		
<input type="checkbox"/> słone przekąski (chipsy, paluszki, krakersy)		
<input type="checkbox"/> orzechy (np. włoskie, laskowe, nerkowca) i nasiona (słonecznika, pestki dyni)		

Potrawy/produkty, które lubisz jeść:

--

Potrawy/produkty, których nie lubisz jeść:

--

Potrawy/produkty, których nie zjesz na pewno:

--

Jakie produkty spożywcze aktualnie posiadasz w swojej spiżarni?

(Niemał każdy z nas ma zapas kaszy, ryżu,. Jeśli w Twoim przypadku jest podobnie, mogą wpleść wymienione produkty do zaproponowanych rozwiązań żywieniowych, dzięki czemu się nie zmarnują)

--

Wyposażenie kuchni (Wstaw +, jeśli posiadasz wskazany sprzęt lub – jeśli nim na co dzień nie dysponujesz. W ostatnim okienku możesz wymienić inne sprzęty, które masz w swojej kuchni, jeśli uznasz je za istotne)

piekarnik		blender	
wyciskarka		parowar	
sokowirówka		patelnia grillowa	
gofrownica		waga kuchenna	
Inne?			

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/zgaga/gazy/wzdęcia	
<input type="checkbox"/> nadmierne wypadanie włosów	
<input type="checkbox"/> bóle stawów	
<input type="checkbox"/> problemy z dziąsłami/paradontoza	
<input type="checkbox"/> skurcze mięśni	
<input type="checkbox"/> biegunka	
<input type="checkbox"/> zaparcia	
<input type="checkbox"/> bóle głowy/migreny	
<input type="checkbox"/> alergie 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?

Przebyte zabiegi operacyjne (np. wycięcie woreczka żółciowego, wycięcie wyrostka robaczkowego)

Opisz szczegółowo swoje dolegliwości zdrowotne:

PYTANIA DLA KOBIET

Czy aktualnie jesteś w ciąży:

tak nie

Czy stosujesz bądź stosowałaś kiedykolwiek antykoncepcję hormonalną?

tak nie

jeśli tak, napisz od jak dawna lub jak dawno i przez jaki okres czasu:

Czy stosujesz hormonalną terapię zastępczą?

tak nie

jeśli tak, napisz od jak dawna:

Zaznacz, jeśli masz:

nieregularne miesiączki bolesne miesiączki