

## WYWIAD ZDROWOTNO - ŻYWIENIOWY

Imię i Nazwisko	
Numer telefonu	
E-mail	
Data urodzenia / Wiek	

### 1. CEL WIZYTY

Powód wizyty (zdrowe żywienie, dieta w chorobie, zrzućenie wagi, zwiększenie masy ciała, inne...)	
Oczekiwania	
Inne informacje	

### 2. WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE (pomiary w trakcie wizyty)

Masa ciała (kg)	
Wysokość ciała (cm)	
Obwód talii / brzucha (cm)	
Obwód bioder (cm)	

### 3. ZDROWIE

Czy występują u Pana/Pani choroby przewlekłe? <i>Jeśli tak, to jakie?</i>	
Jakie leki Pan/i przyjmuje? <i>(nazwa leku/ pora przyjmowania/ dawka)</i>	
Czy przyjmuje Pan/i suplementy diety? <i>(witaminy, składniki mineralne)</i>	
Czy ma Pan/i alergię? <i>(jaki rodzaj)</i> Kiedy została stwierdzona? Czy były w tym kierunku przeprowadzone specjalistyczne badania?	

Czy ma Pan/i astmę?	
Czy ma Pan/i nietolerancje pokarmowe?	
Czy ma Pan/i dolegliwości związane z układem pokarmowym? <i>np. zaparcia, bóle brzucha, biegunki itp.</i> Jeśli tak, to jakie? Kiedy najczęściej można je zauważyć? Czy powtarzają się po spożyciu konkretnych produktów czy też w określonym czasie?	
Czy w dzieciństwie występowało niedożywienie/nadwaga/otyłość?	
W przypadku otyłości/nadwagi/niedożywienia - od kiedy występuje?	
Objawy występujące w ciągu ostatnich tygodni/miesięcy ( <i>proszę zaznaczyć</i> ):	<input type="checkbox"/> wymioty trwające dłużej niż 3 dni <input type="checkbox"/> biegunka/ więcej niż 3 płynne stolce dziennie <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> utrata apetytu, nudności <input type="checkbox"/> trudności w połykaniu pokarmu/ ból przy połykaniu
Hospitalizacja w ciągu ostatnich 3 miesięcy	
Przebyte operacje	
Częstotliwość wypróżnień ( <i>stosowane środki wspomagające</i> )	

#### 4. PRACA

Czy Pan/i pracuje?	
Czym się Pan/i zajmuje w pracy (praca fizyczna / umysłowa/siedząca/stojąca)?	
W jakich dniach i godzinach Pan/i pracuje?	
Czy lubi Pan/i swoją pracę? Czy jest to praca stresująca? Czy zabiera Pan/i pracę do domu?	
Czy w pracy ma Pan/i możliwość przygotowania posiłków (przechowywać jedzenie w lodówce lub podgrzać je)?	

## 5. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

<b>Czy ma Pan/i jakieś przeciwwskazania do wykonywania aktywności ruchowej? Jakiej?</b>	
<b>Jakiego rodzaju uprawia Pan/i sport?</b> <b>Jak często?</b> <b>Ile minut trwa trening?</b> <b>Czy korzysta Pan/i z siłowni?</b> <b>Jest pod opieką trenera personalnego?</b>	
<b>Czy podczas treningu spożywa Pan/i jakieś produkty? Co i ile Pan/i pije podczas wysiłku fizycznego?</b>	

## 6. JAKOŚĆ SNU

<b>O której godzinie z reguły kładzie się Pan/i spać?</b> <b>Po jakim czasie Pan/i zasypie?</b>	
<b>Ile godzin śpi Pan/i nieprzerwanie?</b> <b>Czy budzi się Pan/i w nocy?</b> <b>Jak często i czym to jest spowodowane?</b>	
<b>Czy budzi się Pan/i zmęczony/a?</b>	

## 7. ODŻYWIANIE I UŻYWKI

<b>W jakich porach dnia czuje Pan/i największy głód?</b>	
<b>Czy zdarza się Panu/Pani podjadać między posiłkami?</b> <b>Co najczęściej jest wtedy spożywane?</b>	
<b>Ile wody spożywa Pan/i w ciągu dnia?</b> <b>Czy do wody dodaje Pan/i jakieś dodatki typu sok, syrop, cytrusy, zioła itp.?</b>	
<b>Ile kaw i herbat spożywa Pan/i w ciągu dnia?</b> <b>O której godzinie wypija Pan/i pierwsza kawę/ herbatę?</b>	

Co Pan/i pije do obiadu? (woda, soki, słodki kompot, itp.)	
Czy zdarza się Panu/Pani spożywać produkty typu instant, fix lub inne gotowe dania ze sklepowych półek?	
Czy dodaje Pan/i do potraw ketchup/ musztardę/ majonez lub inne gotowe sosy?	
Jak często zdarza się Pani/Panu jeść posiłki na mieście? Co to zazwyczaj jest?	
Czy spożywa Pan/i alkohol (piwo)? Jaki i ile? Jak często? Jakie dodatki stosuje do sporządzenia drinków?	
Czy pali lub palił/a Pan/i papierosy?	
Czy zdarza się Panu/Pani pomijać posiłki? Jeśli tak, to w jakich okolicznościach tak się dzieje?	
<b>SPOŻYWANE PRODUKTY</b>	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i warzywa?	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i owoce?	
Jaki rodzaj pieczywa wybiera Pan/i najczęściej? Do jakich posiłków najczęściej jest dodawane pieczywo?	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i kaszę, makarony, ryż, ziemniaki? Jakiego rodzaju są to produkty najczęściej? (Makarony pełnoziarniste, ryż brązowy itp.)	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i produkty mleczne? Jakie są to produkty najczęściej? (Mleko, jogurty, maślanki, kefiry, sery twarogowe, sery żółte itp.)	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i mięso? Jakie są to mięsa najczęściej?	

<p><b>W jaki sposób są przygotowywane produkty mięsne?</b> <i>(gotowane, przygotowywane na parze, smażone, grillowane itp.)</i></p>	
<p><b>Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i ryby?</b> <b>W jaki sposób są przygotowywane?</b> <i>(gotowane, przygotowywane na parze, smażone, grillowane itp.)</i></p>	
<p><b>Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i rośliny strączkowe?</b> <b>Jakie są to produkty najczęściej?</b></p>	
<p><b>Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i tłuszcze?</b> <b>Jakie są to produkty najczęściej?</b><i>(Oliwa, olej, smalec, masło, margaryna itp.)</i></p>	
<p><b>Jakich przypraw i ziół najczęściej używa Pan/i do przygotowywania potraw?</b></p>	
<p><b>Jak często gotuje Pan/i zupy?</b> <b>Jakie najczęściej?</b> <b>Czy są to zupy przygotowane na wywarze mięsnym czy roślinnym?</b> <b>Czy do ich przygotowywania używa Pan/i dodatków takich jak śmietana, mąka czy zasmażka?</b></p>	
<p><b>Jaki najczęściej dodatek występuje u Pana/Pani na talerzu obok mięsa?</b></p>	

## 8. DODATKOWE INFORMACJE

<p><b>Jak Pan/i sobie radzi z gotowaniem / przygotowywaniem potraw?</b></p>	
<p><b>Czy posiada Pan/i sprzęty kuchenne takie jak np.: piekarnik, toster, mikser, blender, Thermomix, szybkowar, urządzenie do gotowania na parze, kuchenkę mikrofalową, Air Fryer?</b></p>	

<b>Czy są produkty, których absolutnie nie chce Pan/i widzieć na talerzu?</b>	
<b>Czy stosował/a Pan/i diety odchudzające?</b> <b>Jeśli tak, to jakie?</b> <b>Kiedy?</b> <b>Z jakim efektem?</b>	
<b>Inne informacje</b>	

Dziękuję bardzo za wypełnienie wywiadu, proszę o przesłanie wypełnionego formularza wraz z 3-dniowym dzienniczkiem żywieniowym i aktualnymi badaniami na adres mailowy:

[kontakt@diabedieta.pl](mailto:kontakt@diabedieta.pl)

w temacie wiadomości proszę wpisać „DOKUMENTY - Imię i Nazwisko”.

## 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 danych, tj. o stanie mojego zdrowia, przez Diabedieta Anna Odziemek, w celach związanych z realizacją umowy o świadczenie usług dietetycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych numer 2016/679.

Jestem świadomy/świadoma, że:

- administratorem w moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, jest Poradnia Dietetyczna Diabedieta Anna Odziemek, ul. J. Siemińskiego 18-20, 44-100 Gliwice, NIP: 6312553806
- przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją umowy o świadczenie usługi dietetyka przez okres niezbędny dla świadczonej umowy oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Po tym czasie dane mogą podlegać archiwizacji
- podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji umowy
- 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.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem i wyrażam zgodę na przesyłanie odpowiedzi na podany przeze mnie adres e-mail.

Gliwice, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pacjenta