WYWIAD ZDROWOTNO - ZYWIENIOWY

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

1. CEL WIZYTY

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

2. WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE *(konsultacja stacjonarna - 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? *Jeśli tak, to jakie?*	
Jakie leki Pan/i przyjmuje? *(nazwa leku/ pora przyjmowania/ dawka)*	
Czy przyjmuje Pan/i suplementy diety? *(witaminy, składniki mineralne)*	
Czy ma Pan/i alergię? *(jaki rodzaj)* **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? *np. zaparcia, bóle brzucha, biegunki itp.* **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 *(proszę zaznaczyć):*	☐ wymioty trwające dłużej niż 3 dni ☐ biegunka/ więcej niż 3 płynne stolce dziennie ☐ wzdęcia ☐ zaparcia ☐ utrata apetytu, nudności ☐ trudności w połykaniu pokarmu/ ból przy połykaniu
Hospitalizacja w ciągu ostatnich 3 miesięcy	
Przebyte operacje	
Częstotliwość wypróżnień *(stosowane środki wspomagające)*	

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. AKTYWNOSC FIZYCZNA

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

6. JAKOŚĆ SNU

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

7. ODZYWIANIE I UŻYWKI

W jakich porach dnia czuje Pan/i największy głód?	
Czy zdarza się Panu/Pani podjadać między posiłkami? **Co najczczęściej jest wtedy spożywane?**	
Ile wody spożywa Pan/i w ciągu dnia?	

Czy do wody dodaje Pan/i jakieś dodatki typu sok, syrop, cytrusy, zioła itp.?	
Ile kaw i herbat spożywa Pan/i w ciągu dnia? **O której godzinie wypija Pan/i pierwsza kawę/ herbatę?**	
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?**	
SPOŻYWANE PRODUKTY	
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? **W jaki sposób są przygotowywane produkty mięsne?** *(gotowane, przygotowywane na parze, smażone, grillowane itp.)*	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i ryby? **W jaki sposób są przygotowywane?** *(gotowane, przygotowywane na parze, smażone, grillowane itp.)*	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i rośliny strączkowe? Jakie są to produkty najczęściej?	
Jak często i w jakich ilościach dziennie spożywa Pan/i tłuszcze?	

Jakie są to produkty najczęściej? *(Oliwa, olej, smalec, masło, margaryna itp.)*	
Jakich przypraw i ziół najczęściej używa Pan/i do przygotowywania potraw?	
Jak często gotuje Pan/i zupy? Jakie najczęściej? **Czy są to zupy przygotowane na wywarze mięsnym czy roślinnym?** **Czy do ich przygotowywania używa Pan/i dodatków takich jak śmietana, mąka czy zasmażka?**	
Jaki najczęściej dodatek występuje u Pana/Pani na talerzu obok mięsa?	

8. DODATKOWE INFORMACJE

Jak Pan/i sobie radzi z gotowaniem / przygotowywaniem potraw?	
Czy posiada Pan/i sprzęty kuchenne takie jak np.: piekarnik, toster, mikser, blender, Thermomix, szybkowar, urządzenie do gotowania na parze, kuchenkę mikrofalową, Air Fryer?	
Czy są produkty, których absolutnie nie chce Pan/i widzieć na talerzu?	
Czy stosował/a Pan/i diety odchudzające? **Jeśli tak, to jakie? Kiedy? Z jakim efektem?**	
Inne informacje	

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

w temacie wiadomości proszę wpisać „ANKIETA - 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. Jasna 21/6, 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.

Data _____

_____
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego