

## Wywiad żywieniowo-zdrowotny i dzienniczek bieżącego notowania

<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>	
<b>Data wizyty</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Obecna masa ciała (kg)</b>	
<b>Wzrost (cm)</b>	
<b>W przypadku chęci redukcji masy ciała proszę o podanie masy ciała, do jakiej Pan/Pani dąży (kg)</b>	

<b>Cel wizyty dietetycznej</b>		
<b>Jakie zmiany chce Pan/Pani wprowadzić w swoim życiu?</b>		
<b>Co jest dla Pana/Pani główną motywacją do zmian?</b>		
<b>Proszę o wypisanie stwierdzonych jednostek chorobowych</b>		
<b>Rozkład dnia</b>	<b>Czynność</b>	<b>Godzina</b>
	<b>Pora wstawania</b>	
	<b>Śniadanie</b>	
	<b>Drugie śniadanie</b>	
	<b>Obiad</b>	
	<b>Podwieczorek</b>	
	<b>Kolacja</b>	
	<b>Podjadanie (słodkie, słone?)</b>	
<b>Pora chodzenia spać</b>		
<b>Proszę o opisanie trybu pracy (siedzący, stojący, mieszany) oraz godziny pracy.</b>		
<b>Czy pali Pan/Pani papierosy? Jeśli tak ile papierosów wypala Pan/Pani dziennie?</b>		
<b>Czy spożywa Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, jak często w skali miesiąca.</b>		



<b>Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe? Jeśli tak, proszę o wypisanie nazwy wraz z dawką i porą dnia, w której lek jest przyjmowany.</b>	
<b>Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy diety bądź preparaty mineralno-witaminowe? Jeśli tak, proszę o wypisanie nazwy wraz z dawką i porą dnia, w której suplement jest przyjmowany.</b>	
<b>Czy ma Pan/ Pani stwierdzone alergie bądź nietolerancje pokarmowe?</b>	
<b>Czy są produkty, po których spożyciu odczuwa Pan/Pani dyskomfort trawienny? (Produkty źle tolerowane).</b>	
<b>Czy ma Pan/pani stwierdzone problemy hormonalne (np. u kobiet nieregularne miesiączki).</b>	
<b>Pytanie do Pań: Jak długo trwa Pani cykl miesięczny? Czy towarzyszy mu ból lub opuchnięcie przed miesiączką?</b>	
<b>Czy przyjmował Pan/Pani antybiotykoterapię w ciągu ostatniego roku? Czy dodatkowo przyjmował Pan/Pani preparat osłonowy? Jeśli tak, proszę o informację jaki to był preparat oraz jak długo był on przyjmowany.</b>	
<b>Jak wygląda Pana/Pani codzienna aktywność fizyczna (rodzaj aktywności oraz jej częstotliwość) Czy używa Pan/Pani aplikacji do liczenia ilości wykonywanych kroków w ciągu dnia? Jeśli tak ile kroków dziennie Pan/Pani wykonuje?</b>	



<b>Jak często się Pan/ Pani wypróżnia? Jaka jest zazwyczaj konsystencja Pana/Pani stolca?</b>	
<b>Czy pojawiają się u Pani/Pana gazy/wzdęcia/biegunki/bądź inne dolegliwości z przewodu pokarmowego? Czy jest Pan/Pani w stanie stwierdzić w jakich sytuacjach najczęściej pojawiają się powyższe dolegliwości?</b>	
<b>Ile godzin dziennie Pan/Pani średnio śpi? Jaki jest to sen? („twardy”, wybudzanie, różnie?)</b>	
<b>Czy w ciągu dnia często pojawia się u Pana/Pani senność bądź zmęczenie? Jeśli tak to w jakich sytuacjach.</b>	
<b>Czy budzi się Pan/Pani rano wypoczęty?</b>	
<b>Czy często Pan/Pani choruje? (infekcje, przeziębienia) Jak w skali od 1 do 10 ocenia Pan/Pani swoją odporność.</b>	
<b>Ile płynów dziennie Pan/ Pani wypija? Jakie są to płyny? (kawa, herbata, soki, napoje, napoje gazowane, woda?)</b>	
<b>Czy w przeszłości stosował Pan/Pani dietę? Jeśli tak proszę o opisanie tego, co to była za dieta, jak dawno była ona stosowana, jaka była jej kaloryczność, główne zasady i osiągnięte efekty.</b>	
<b>Czy na co dzień jest Pan/Pani narażony na stres? Jeśli tak, co jest jego głównym źródłem? Jak sobie Pan/ Pani z nim radzi na co dzień?</b>	



<p><b>Jakiego rodzaju tłuszczu używa Pan/Pani do obróbki cieplnej potraw? (smażenie, pieczenie)</b>  <b>Czym smaruje Pan/Pani pieczywo?</b></p>	
<p><b>Posiadany przez Pana/Panią sprzęt kuchenny: (proszę podkreślić posiadany)</b></p>	<p>Blender, mikser, patelnia grillowa, piekarnik, garnek do gotowania na parze, parowar, termomix, inne:.....</p>
<p><b>W jakich sklepach najczęściej robi Pan/Pani zakupy? (Lidl, Biedronka, Tesco itd.)</b>  <b>Proszę o wypisanie w kolumnie obok.</b></p>	
<p><b>Czy posiada Pan/Pani (proszę podkreślić posiadany):</b></p>	<p>Wagę kuchenną, wagę łazienkową, centymetr krawiecki</p>
<p><b>Jaką długością jadłospisu jest Pan/Pani zainteresowany/a? (Istnieje możliwość powtarzania rozpiski dowolną ilość razy, zaleca się jednak możliwie jak największe urozmaicenie jadłospisu oraz zmiany wynikające z sezonowości)</b></p>	<p>7 – dniowy  14 – dniowy  (Proszę o podkreślenie)</p>
<p><b>W przypadku jadłospisu 14-dniowego: czy część obiadów/kolacji ma być przygotowana w wersji na dwa dni? tzn. w poniedziałek i wtorek ten sam obiad czy codziennie inna propozycja każdego posiłku?</b></p>	<p>Czasem na dwa dni/ Codziennie coś innego  (Proszę o podkreślenie)</p>



<p><b>Jakie jednostki chorobowe zdarzają się w Pana/Pani najbliższej rodzinie?</b></p> <p>(Proszę o podkreślenie)</p>	<p>Cukrzyca typu I, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, zawał, udar, niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy: Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, żylaki, refluks, choroby przewodu pokarmowego: zespół jelita drażliwego, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba wrzodowa żołądka, celiakia, nowotwór, miażdżyca, inne: .....</p>
<p><b>Proszę o wypisanie ulubionych potraw, bez których nie wyobraża sobie Pan/Pani codziennej diety.</b></p>	
<p><b>Uwagi do dietetyka, Np. w piątki nie jadam mięsa/ lub inne</b></p>	
<p><b>Co najczęściej jadasz na śniadanie? Wolisz śniadanie na słodko czy na wytrawnie?</b></p>	
<p><b>Co najczęściej jadasz na kolację? Wolisz kolację na słodko czy na wytrawnie?</b></p>	



## Preferencje żywieniowe:

Proszę o uwzględnienie takich grup produktów jak:

- Warzywa, owoce
- Kasze, makarony, ryże, ziemniaki, pieczywo, produkty zbożowe, strączki
- Mięso, ryby, owoce morza,
- Nabiał,
- Orzechy, migdały, ziarna, dodatki np. gorzka czekolada,
- Przyprawy i zioła

Lubię	Nie lubię



**Dzienniczek bieżącego notowania:**

**(ilość i godziny spożytych posiłków oraz wypitych napojów, uwzględniając dosładzanie oraz podjadanie)**

Pierwszy dzień	Drugi dzień	Dzień weekendowy

