

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Bardzo proszę o szczerze i rzetelne wypełnienie formularza, ponieważ ma to wpływ na bilansowanie jadłospisu dla państwa. Im dokładniejszych informacji państwo dostarczą, tym większa możliwość skuteczności dietoterapii i naszego wspólnego sukcesu.

1. Imię i nazwisko								
2. Adres e-mail/nr telefonu								
3. Wiek								
4. Wzrost i masa ciała								
5. Obwody: bioder i talii	Biodra w cm Talia w cm							
6. Zawód wykonywany								
7. Godziny pracy	PN	WT	ŚR	CZW	PT	SB	ND	
8. Cel wizyty w gabinecie								
9. Alergie i nietolerancje pokarmowe								
10. Choroby i występujące dolegliwości zdrowotne								
11. Przyjmowane leki. Proszę wymienić, jakie?								
12. Przyjmowana suplementacja. Proszę wpisać zażywane suplementy diety.								
13. Ile pan/i spożywa posiłków w ciągu dnia?								
14. Jak długo trwają pana/i przerwy między posiłkami (nie wliczając przerw na sen)?								
15. Czy spożywa pan/i ciemne pieczywo. Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?								

16. Czy spożywa pan/i grube kasze i płatki (płatki owsiane, gryczana, pęczak, jęczmienna, brązowy ryż). Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?	
17. Czy pije pan/i mleko? Jeśli tak, i w jakich ilościach i jak często?	
18. Czy spożywa pan/i fermentowane przetwory mleczne (jogurt, kefir, maślanka)? Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?	
19. Czy spożywa pan/i sery żółte. Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?	
20. Czy spożywa pan/i sery twarogowe (serki typu "wiejski", twaróg, serki homogenizowane)? Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?	
21. Czy spożywa pan/i jaja? Jeśli tak, ile sztuk w ciągu tygodnia?	
22. Czy spożywa pan/i mięso? Jeśli tak, jakie rodzaje mięsa, jak często i w jakiej ilości?	
23. Czy spożywa pan/i ryby? Jeśli tak, ile razy w tygodniu?	
24. Na jakim tłuszczu smażone są potrawy, które pan/i spożywa?	
25. Czy spożywa pan/i wędliny? Jeśli tak, w jakiej ilości i jak często?	
26. Czym smaruje pan/i pieczywo?	
27. Czy spożywa pan/i ziemniaki? Jeśli tak, jak często i w jakiej ilości?	
28. Jak często do obiadu spożywa pan/i warzywa lub/i owoce?	
29. Jakie warzywa najczęściej pan/i spożywa?	
30. Jakie owoce najczęściej pan/i spożywa?	

31. Czy spożywa pan/i groch, fasolę, soję lub inne nasiona roślin strączkowych? Jak często? (jeśli odpowiedź jest twierdząca).	
32. Czy dosładza pan/i napoje, a jeśli tak, czym i w jakiej ilości?	
33. Proszę wymienić ulubione napoje	
34. Ile wypija pan/i płynów w ciągu doby (woda, soki, herbata, kawa)?	
35. Czy spożywa pan/i dania typu fast food? Jeśli tak, jak często i jakie dania?	
36. Czy spożywa pan/i słodycze? Jeśli tak, jak często?	
37. Czy spożywa pan/i alkohol? W jakiej ilości i jak często?	
38. Czy pan/i pali papierosy? Jeśli tak, ile wypala pan/i papierosów dziennie?	
39. Czy uprawia pan/i regularnie sport? Jeśli tak, jaki i z jaką częstotliwością?	
40. Jaki pan/i preferuje smak potraw: słodki/słony/kwaśny/gorzki/pikantny	
41. Czym przyprawia pan/i przygotowywane przez siebie dania?	
42. Proszę wymienić produkty, z których pan/i nie jest w stanie zrezygnować?	
43. Proszę wymienić produkty, których pan/i nie jada i nie lubi.	
44. W jakich porach dnia i sytuacjach ma pan/i największą ochotę na jedzenie?	

45. Czy występują u pana/i dolegliwości związane z przewodem pokarmowym, które nie zostały zdiagnozowane?	
46. Czy są potrawy i produkty, po których występuje pogorszenie samopoczucia, dolegliwości? Jeśli tak, jakie to potrawy i produkty?	
47. Jak często się pan/i wypróżnia?	
48. Czy jada pan/i poza domem, jak często i jakiego rodzaju posiłki?	
49. Czy stosował/a pan/i diety odchudzające? Jeśli tak, jakie i z jakim skutkiem?	
50. Czy ktoś w pana/i rodzinie ma nadwagę?	
51. Jaką pan/i docelowo masę ciała chce osiągnąć? Jaki jest cel redukcji masy ciała? (jeżeli chcemy schudnąć).	
52. Wyniki badań	Proszę wpisać wartości poniższych parametrów oraz datę badania
Ciśnienie tętnicze mm/Hg	
Cholesterol całkowity mg/dl Cholesterol frakcji HDL mg/dl Cholesterol frakcji LDL mg/dl	
Trójglicerydy mg/dl	
Glukoza na czczo mg/dl	
Insulina(po uzgodnieniu z dietetykiem zasadności wykonywania badania)	
Poziom żelaza (po uzgodnieniu z dietetykiem zasadności wykonywania badania) Poziom witaminy b12 (po uzgodnieniu z dietetykiem zasadności wykonywania badania)	
Kwas moczowy (po uzgodnieniu z dietetykiem zasadności wykonywania badania)	

Dziękuję za szczere wypełnienie Państwa wywiadu.

Katarzyna Gronowska – Małas
KLINIKA ODŻYWIANIA