

WYWIAD DIETETYCZNY PRZED KONSULTACJĄ ON-LINE

DANE OSOBOWE:

Imię i nazwisko:

Wiek: Waga: Wzrost:

Telefon kontaktowy :

E- mail:

Proszę wypełnij ankietę i odpowiedz szczerze na wszystkie pytania. Możesz zaznaczyć wiele odpowiedzi.

CEL WIZYTY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zrzucenie zbędnych kilogramów | <input type="checkbox"/> Zdrowy styl życia |
| <input type="checkbox"/> Przyrost masy ciała | <input type="checkbox"/> Zmiana nawyków żywieniowych |
| <input type="checkbox"/> Profilaktyka | <input type="checkbox"/> Mam epilepsję, chcę zmienić dietę |
| <input type="checkbox"/> Mam kilka pytań | <input type="checkbox"/> Poprawa stanu zdrowia |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uczeń/student | <input type="checkbox"/> Pracuję zawodowo |
| <input type="checkbox"/> Nie pracuję | Podaj wykonywany zawód |
| <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista | |

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

- Siedząco/leżąca (w pracy siedzę, a po pracy przeważnie odpoczywam w domu)
- Mało aktywna osoba (chodzę na spaceru raz w tygodniu lub rzadziej)
- Umiarkowanie aktywna (spaceruję regularnie 1-3 razy w tygodniu)
- Aktywna (spaceruję i uprawiam sport minimum 3 razy w tygodniu)
- Bardzo aktywna (uprawiam sport minimum 5 razy w tygodniu)

OPISZ SWÓJ PLAN DNIA

Napisz swój rozkład stałych czynności w ciągu danego dnia. Zaznacz godziny – kiedy się budzisz, posiłków, treningów, spacerów z psem oraz innych stałych czynności. Pamiętaj aby uwzględnić tutaj pracę, zakupy, spotkania, sen.

Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

DIETY

Napisz proszę czy stosowałaś/łeś wcześniej diety. Jeśli tak, jakie to były diety. Jeśli nie, napisz jak do tej pory się odżywiałaś/łeś.

Czy planujesz swój jadłospis wcześniej?

- Tak
- Nie

Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego lub słonego?

- Tak, często
- Raczej rzadko
- Nie

Do jakich produktów masz największą słabość?

W jakim miejscu jadasz najczęściej posiłki?

- W domu
- W szkole
- W pracy
- Na mieście
- Różnie

Czy w pracy/szkole możesz jeść posiłki o dowolnej porze?

- Tak
- Nie

Ile szklanek / litrów samej wody wypijasz w ciągu doby ?

- litrów
- szklanek

Czy pijasz kawę, jeśli tak to jaką?

- Tak, rozpuszczalną
- Tak, z ekspresu lub kawiarki
- Tak, 3w1
- Nie piję

Dodajesz mleko do kawy?

- Tak krowie
- Tak, roślinne
- Nie

Ile szklanek kawy wypijasz w ciągu dnia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- więcej

Czy pijasz herbatę?

- Tak
- Czasami
- Nie

Jaka to herbata i jaką wypijasz?

- Czarna
- Roibos
- Czerwona
- Ziołowa
- Zielona
- Z cukrem
- Owocowa
- Z cytryną, sokiem

Jakie inne napoje pijasz w ciągu dnia?

- Świeżo wyciskane soki
- Wody smakowe, gazowane
- Napoje kolorowe z kartonu
- Napoje energetyczne
- Nic z powyższych

Czy pijasz alkohol?

- Tak
- Nie
- Bardzo okazjonalnie

Czy palisz papierosy?

- Tak
- Nie

Jakie przyprawy stosujesz w kuchni?

- Sól Pieprz Maggi Vegeeta Zioła Inne

Jakie jadasz pieczywo?

- Pszenne
 Razowe
 Inne
 Nie jadam wcale

Czy jadasz kasze, ryż, komosa ryzowa, sorgo?

- Tak, często
 Czasami
 Nie jadam

Czy jadasz ryby?

- Tak, często
 Czasami
 Nie

PRODUKTY, KTÓRE JADAM I NIE JADAM

Produkty, które lubię	Produkty, które jak muszę to zjem	Produkty, których nie lubię i na pewno nie zjem	Produkty po których mam różne dolegliwości

ZDROWIE

Czy masz jakieś dolegliwości zdrowotne? (jeśli tak to jakie, wymień)	
Czy masz choroby zdiagnozowane przez lekarza? (jeśli tak, wymień)	
Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza? (jeśli tak, jakie)	
Czy zażywasz leki, parafarmaceutyki, witaminy, suplementy? (jeśli tak, podaj nazwę i dawkę)	
Czy masz problemy z kręgosłupem lub stawami? (jeśli tak, wymień jakie)	
Przebyte operacje? Jakiej? Zalecenia lekarskie po operacji:	
Czy zdiagnozowano u Ciebie problemy z układem krążenia?	
Czy masz nadciśnienie? (jeśli tak podaj wartość)	
Twój poziom cholesterolu?	
Twój poziom trójglicerydów?	
Poziom cukru na czczo?	
Czy cierpisz na cukrzycę lub insulinooporność? (jeśli tak to napisz: jaki typ cukrzycy, czy bierzesz insulinę - jaką? w jakim schemacie)	
Jak często się wypróżniasz?	
Czy cierpisz na astmę? (Jaką? Kiedy się objawia?)	
Czy masz alergię pokarmową? (wymień produkty)	
Czy masz alergię wziewną? (na jakie substancje/pyłki?)	
Czy masz alergię kontaktową? (Jeśli tak, to na co?)	
Czy masz jakieś przeciwwskazania co do aktywności ruchowej?	

Na konsultację on-line pamiętaj aby przygotować wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/medyczne/fizjoterapeutyczne. Pamiętaj żeby prowadzić dzienniczek żywieniowy wzór do pobrania na stronie projekteatme.pl

STYL ŻYCIA

Zaznacz wszystko, co dotyczy Ciebie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Szybko się denerwuję | <input type="checkbox"/> Jestem spokojną osobą | <input type="checkbox"/> Jestem bardzo wrażliwą osobą |
| <input type="checkbox"/> Kładę się spać po 22:00 | <input type="checkbox"/> Siedzę przed komputerem lub telewizorem po 20:00 | <input type="checkbox"/> Przed spaniem tylko czytam książkę lub ćwiczę |
| <input type="checkbox"/> Jestem nieszczęśliwą osobą | <input type="checkbox"/> Jestem niesamowicie przepracowaną osobą | <input type="checkbox"/> Są takie dni kiedy w ogóle nie wychodzę na zewnątrz |
| <input type="checkbox"/> Wolny czas spędzam na zakupach | <input type="checkbox"/> Wolny czas spędzam z dala od domu i mediów | <input type="checkbox"/> Swój wolny czas spędzam przed telewizorem |
| <input type="checkbox"/> Mam w mieszkaniu Wifi | <input type="checkbox"/> Wifi wyłączam na noc | <input type="checkbox"/> Wifi jest włączone cały czas |
| <input type="checkbox"/> Wstaję kiedy budzik zadzwoni (bez budzika nie wstanę) | <input type="checkbox"/> Chodzę ćwiczyć wieczorami | <input type="checkbox"/> Śpię godzinę krócej by mieć czas na aktywność fizyczną |
| <input type="checkbox"/> Kąpię się 2 razy dziennie | <input type="checkbox"/> Używam antyperspirantów | <input type="checkbox"/> Pracuję w warunkach stresu |
| <input type="checkbox"/> Co dzień słucham i oglądam wiadomości | <input type="checkbox"/> Kiedy świeci słońce noszę okulary słoneczne | <input type="checkbox"/> Razi mnie światło |
| <input type="checkbox"/> Śpię mniej niż 7 godzin | <input type="checkbox"/> Wybudzam się w nocy | <input type="checkbox"/> Stresuję się |
| <input type="checkbox"/> Mam stany lękowe | <input type="checkbox"/> Pracuję więcej niż 8 godzin | <input type="checkbox"/> Trudno mi się rano wstaje |
| <input type="checkbox"/> Lubię pracować nocami | <input type="checkbox"/> Nie lubię aktywności fizycznej | <input type="checkbox"/> Często boli mnie głowa |
| <input type="checkbox"/> Cierpię na bezsenność | <input type="checkbox"/> Mam zwierzęta w domu | |

Skąd wiesz o Projekt Eat Me?