

INFORMACJE OGÓLNE

Imię i nazwisko		e-mail	
Wiek		Pesel	
Data urodzenia		Adres	
Wzrost		Telefon	
Masa ciała			

Stan fizjologiczny (ciąża, stan po przebytej chorobie, po zabiegu operacyjnym, itp.)

Czy występują jakieś choroby? Czy wykonywane były ostatnio jakieś badania?

Czy w rodzice/rodzeństwo chorowali/chorują?

Czy występują jakieś dolegliwości?

- Kiedy?
- Jak często?
- Kiedy się nasilają?
- Po jakich produktach?

Czy występuje dyskomfort po zjedzeniu danych grup produktów lub uczucie ciężkości?

Czy masz alergię lub nietolerancję pokarmową?

Czy przyjmujesz leki, suplementy? Jakież?

INFORMACJE DIETETYCZNE

Jaki cel chcesz osiągnąć stosując dietę?

Dlaczego chcesz to osiągnąć?

Czy stosowałeś/aś do tej pory jakieś diety, i jeżeli tak, to z jakim efektem?

Co było trudne w poprzednich próbach bycia na „diecie“?

Co przychodziło z łatwością?

Czy wolisz wprowadzać zmiany stopniowo czy wszystko jednocześnie?

Na jakim rodzaju wsparcia Ci zależy? Jadłospis, lista produktów zalecanych, wsparcie, kontakt e-mailowy, częste konsultacje, rozmowa, lista badań, ćwiczenia motywacyjne, inne? Jakie masz oczekiwania wobec diety?

Jaka powinna być wg Ciebie nowa dieta? Jakie masz oczekiwania?

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA.

- na jakim poziomie jest?
- jaki rodzaj aktywności był do tej pory?
- czy zamierzasz ćwiczyć w najbliższym czasie? Jak często?

TRYB ŻYCIA (wypełnij, jeśli jest regularny)

Dzień tyg.	Pon.	Wt.	Śr.	Czw.	Pt.	Sob.	Ndz.
Godz. wstania							
Rozpoczęcie pracy							
Przerwa w pracy							
Koniec pracy							
Sport, inne							
Godzina pójścia spać							

NAWYKI ŻYWIENIOWE

1. Ile posiłków dziennie spożywasz obecnie?
2. W jakich godzinach spożywasz posiłki, czy są one regularne? (wpisz w tabeli)

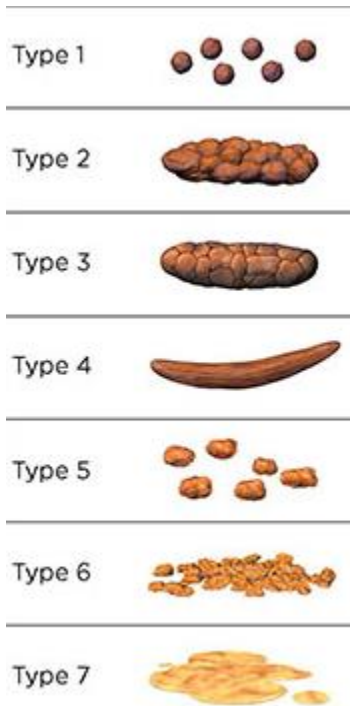
	Pierwszy posiłek	Drugi posiłek	Trzeci posiłek	Czwarty posiłek	Piąty posiłek
Godzina posiłku lub przedział czasowy					

3. Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie? Kto robi w domu zakupy?
4. Ile masz czasu na przygotowywanie posiłków?
5. Czy są jakieś ograniczenia, w jakiej kwocie pieniężnej mieści się wyżywienie?
6. Czy w pracy możesz zjeść posiłki o dowolnej porze?
7. Czy w pracy jest możliwość odgrzania posiłku?
8. Co pijesz w czasie posiłków?

9. Co pijesz między posiłkami?
10. Ile pijesz całościowo w ciągu jednego dnia?
11. Czy miewasz uczucie głodu między posiłkami i co wtedy jesz?
12. Czy zdarza się pojadać między posiłkami? Jak często?

TRAWIENIE

13. Czy występują zaparcia, biegunki lub inne problemy trawienne?
14. Jak często jest wypróżnienie?
15. Jak wygląda kał (wybierz numer)



16. Własna ocena swojego żywienia.

- Co jest dobrze?
- Co jest źle?

17. Co chcesz zmienić w swoim żywieniu?

PREFERENCJE

Ulubione produkty:

Nielubiane produkty:

Nie lubię, ale zjem jeśli trzeba:

STYL ŻYCIA

Sen:

- Czy ciągły, czy przerywany?
- Czy są problemy z zaśnięciem?

Czas wolny

1. Ile czasu dziennie poświęcasz na TV, komputer itp?
2. W jakich godzinach?
3. Jak często w ciągu dnia/tygodnia stresujesz się?
4. Jakie są przyjemności w ciągu dnia?
5. Co robisz w czasie wolnym? Co sprawia, że „żyjesz”?
6. Jak często się spieszysz?
7. Jak określasz swój poziom energii w ciągu dnia?
8. Ile czasu w tygodniu spędzasz tylko ze sobą? Co wtedy robisz?

CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYCIA PRODUKTÓW

	Jak często? 1x w tyg./ 2x w tyg/ itp. Codziennie Kilka razy dziennie 1 x na miesiąc Wcale	W jakiej postaci? Na ciepło/gotowane/ surowe/ na kanapkę/ zmiksowane/ w zupie itp
Mleko		
Ser biały		
Jogurt/ kefir/maślanka		
Jogurty owocowe		
Jaja		
Chleb pszenny		
Chleb pszenny razowy		
Chleb żytni, pełnoziarnisty		
Bułki pszenne		
Bułki pełnoziarniste		
Pieczywo słodkie		
Ciasta		
Wafelki		
Paluszki, krakersy		
Orzechy		
Chipsy		
Soki		
Napoje kolorowe		
Alkohol		
Kawa		
Woda		
Kasze		
Płatki zbożowe (owsiane itp.)		
Płatki śniadaniowe (mieszanki muesli, czekoladowe i smakowe)		
Makaron pszenny		
Makaron pełnoziarnisty		

Mięso drobiowe		Jakie?
Mięso wieprzowe		Jakie?
Mięso inne		Jakie?
Wędliny drobiowe		Jakie?
Wędliny wieprzowe		Jakie?
Tłuszcz do smażenia		Jaki?
Tłuszcz do smarowania		Jaki?
Warzywa		Jakie najczęściej?
Zupy		Jakie?
Owoce		Jakie najczęściej?
Owoce suszone		
Podjadanie między posiłkami		

Konsultację przeprowadził dietetyk:

Postępowanie: