

INFORMACJE OGÓLNE

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

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

Czy występują jakieś choroby?

Choroby rodziców, rodzeństwa:

Czy występują jakieś dolegliwości?

- Kiedy?
- Jak często?
- W jakiej porze dnia?
- Po jakich produktach?

Czy występuje senność po posiłkach?

Czy masz biały nalot na języku rano na czczo?

Czy masz alergię lub nietolerancję pokarmową?

Przyjmowane leki i suplementy (nazwa leku, dawka):

INFORMACJE DIETETYCZNE

Jaki cel chcesz osiągnąć stosując dietę?

Opisz swoje poprzednie doświadczenia z dietami

Czy wolisz wprowadzać zmiany stopniowo czy wszystko jednocześnie?

Na jakim rodzaju wsparcia Ci zależy (podkreśl lub dopisz):

Jadłospis, lista produktów zalecanych, kontakt e-mailowy, konsultacje kontrolne, lista badań, ćwiczenia motywacyjne, plan suplementacji, wskazówki do jadłospisu inne?

Jakie masz oczekiwania wobec dietetyka?

Co będzie dla Ciebie ważne, pomocne w nowej diecie? Co może ułatwić Ci jej stosowanie?

TRYB ŻYCIA

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

- Jaki rodzaj pracy wykonujesz?
- Czy wykonujesz sport? Jak często?
- Jak określasz swój poziom energii na co dzień?
- Ile czasu dziennie spędzasz na powietrzu?
- Czy odczuwasz senność w ciągu dnia?
- Czy budzisz się w nocy?
- Czy są problemy z zaśnięciem?
- Ile czasu dziennie poświęcasz na TV, komputer itp?
- Jak często w ciągu dnia/tygodnia stresujesz się?
- Jak często się spieszysz?

NAWYKI ŻYWIENIOWE

Ile posiłków dziennie spożywasz obecnie?

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					
Co zazwyczaj jesz na ten posiłek?					

- Czy czujesz rano głód, czy zmuszasz się do jedzenia?
- Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie?
- Czy w pracy możesz zjeść posiłki o dowolnej porze?
- Czy w pracy jest możliwość odgrzania posiłku?
- Czy w pracy jest możliwość przechowania posiłków w lodówce?
- Co pijesz w czasie posiłków?
- Co pijesz między posiłkami?
- Ile pijesz całościowo w ciągu jednego dnia?
- W jakich sklepach spożywczych robisz zakupy?

TRAWIENIE - Czy występują u Ciebie?

- Biegunki
- Zaparcia
- Wzdęty brzuch
- Gazy
- Uczucie niepełnego wypróżnienia
- Uczucie zalegania pokarmów w żołądku
- Ból w jelitach
- Pieczenie żołądka
- Refluks
- Odbijanie po posiłkach
- Jak często jest wypróżnienie?
- Jak wygląda kał (wybierz numer)

Type 1



Type 2



Type 3



Type 4



Type 5



Type 6



Type 7



Produkty i dania lubiane oraz te, po których czuję się dobrze:	Produkty i dania nie lubiane oraz nasilające dolegliwości:	ZJEM, JEŚLI TRZEBA
Mięso, ryby, jaja, nabiał:		
Kasze, zboża, pieczywo:		
Warzywa:		
Owoce:		
Tłuszcze, orzechy, dodatki, pozostałe:		
NIE JESTEM W STANIE ZREZYGNOWAĆ		