



ANKIETA DIETETYCZNA

.....

imię i nazwisko

.....

adres e-mail

.....

telefon

.....

data urodzenia

.....

wzrost

.....

waga

Czy jesteś w ciąży?

Nie

Tak

W którym miesiącu?.....

Czy masz rozrusznik serca?

Nie

Tak

Czy posiadasz implanty?

Nie

Tak

Jeśli tak to jakie?

.....

.....

.....

.....

Ile chciał(a) byś ważyć?

Czego oczekujesz po wizycie u dietetyka?

.....

.....

.....

.....

Jakie cele chcesz osiągnąć dzięki pracy z dietetykiem?

.....

.....

.....

.....



Jak bardzo aktywna(y) jesteś w ciągu dnia? (aktywność poza sportowa)

- Praca biurowa (mała aktywność)
- Lekka praca fizyczna (średnia aktywność)
- Ciężka praca fizyczna (duża aktywność)

Czy korzystać z dodatkowych form aktywności fizycznej?

- Nie
- Tak

Jeśli tak określ rodzaj aktywności, ilość i czas jej wykonywania (np. bieganie, 3 razy w tygodniu po 1 godzinie)

.....
.....
.....
.....

Czy posiadasz zdiagnozowaną chorobę wymagającą specjalistycznego żywienia?

- Nie
- Tak

Wymień jaką

.....
.....
.....

Czy masz alergie?

- Nie
- Tak

Wymień na co jesteś uczulony

.....
.....
.....

Czy jesteś po lub w trakcie terapii hormonalnej?

- Nie
- Tak

Opisz rodzaj i czas kuracji

.....
.....
.....



Czy cierpisz na nadciśnienie?

Nie

Tak

Czy byłeś(łaś) już kiedyś u dietetyka?

Nie

Tak

Czy odchudzałeś(łaś) się na własną rękę?

Nie

Tak

Jakie diety stosowałeś(łaś)?

.....

.....

.....

Ile udało Ci się zrzucić kilogramów?

Czy miałeś(łaś) efekt yo-yo?

Nie

Tak

Do jakiej masy ciała wróciłeś(łaś)?.....

O której godzinie się budzisz?

O której godzinie zjadasz pierwszy posiłek?

Na którą godzinę chodzisz do pracy?

Ile godzin w ciągu dnia pracujesz?

O której godzinie kończysz pracę?

O której godzinie wracasz z pracy do domu?

O której godzinie zjadasz ostatni posiłek?

O której godzinie kładziesz się spać?

Ile godzin spisz?

Ile posiłków w ciągu dnia jadasz?

1 – 2

3

4

5

6

7<



Czy jadasz o stały porach?

Nie

Tak

O jakich oraz jakie posiłki?

.....

.....

.....

Czy podjadasz między posiłkami?

Nie

Tak

Co?.....

.....

.....

.....

Czy pijasz kawę?

Nie

Tak

Jak często w ciągu dnia oraz w jakich ilościach (np. 3 razy dziennie 1 kubek)

.....

Czy pijesz wodę mineralną?

Nie

Tak

W jakich ilościach w ciągu dnia?

Jakie inne napoje spożywasz w ciągu dnia oraz w jakich ilościach?

.....

.....

.....

Ile razy spożywasz te produkty w ciągu dnia:

Owoce?

Warzywa?

Pieczywo?

Mięso?

Ryby?

Nabiał?

Słodycze?



Które techniki sporządzania potraw stosujesz najczęściej? (zaznacz 3)

- Smażenie
- Duszenie
- Pieczenie
- Gotowanie
- Grillowanie
- Odgrzewanie w kuchenke mikrofalowej
- Gotowanie na parze
- Inne

Jakie?

Czy używasz cukru do słodzenia?

- Nie, nie słodzę
- Nie, słodzę czymś innym

Czym?

- Tak

Co słodzisz?

Ile w sumie wypijasz dziennie płynów?

.....

Czy ktoś w Twojej rodzinie chorował na?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cukrzycę typu I | <input type="checkbox"/> Cukrzycę typu II |
| <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie | <input type="checkbox"/> Miażdżycę |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> PCOS |
| <input type="checkbox"/> Choroby nerek | <input type="checkbox"/> Choroby wątroby |

Jakie?.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Celiakie/nietolerancje glutenu | <input type="checkbox"/> Inne nietolerancje pokarmowe |
| <input type="checkbox"/> Choroby reumatoidalne | <input type="checkbox"/> Inne choroby |

Jakie?.....



Czy cierpisz na jakieś choroby?

Nie

Tak

Jakie?

.....

.....

.....

Czy przyjmujesz jakieś leki?

Nie

Tak

Jakie?

.....

.....

.....

Czy przyjmujesz jakieś preparaty witaminowe?

Nie

Tak

Jakie?

.....

.....

.....

Czy przyjmujesz jakieś inne suplementy?

Nie

Tak

Jakiego?

.....

.....

.....

Czy jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?

Nie

Tak

Jakiego?

.....

.....

.....



Czy leczysz się u psychologa?

Nie

Tak

Czy cierpisz na?

Nerwicę

Depresję

Zaburzenia odżywiania

Anoreksja

Bulimia

Kompulsywne objadanie się

Inne

Jakie?

Inne

Jakie?

Czy zdarzyło Ci się wywoływać wymioty?

Nie

Tak

Czy zdarzało Ci się głodzić?

Nie

Tak

Czy masz wrażenie że Twoje życie kręci się wokół jedzenia?

Nie

Tak

Czy uważasz że straciłaś(łeś) kontrolę nad spożywanym pokarmem?

Nie

Tak

Czy uważasz, że jesteś za chuda(y)?

Nie

Tak



Czy uważasz, że jesteś za gruba(y)?

Nie

Tak

Czy cierpisz na?

Zgagę

Bóle brzucha

Wzdęcia

Biegunki

Zaparcia

Inne

Jakie?

.....

.....

Czy wypróżniasz się regularnie?

Nie

Tak

Jak często?

Czy dokuczają Ci?

Bóle głowy

Senność

Zmęczenie

Inne

Jakie?

.....

.....

Czy obserwujesz u siebie?

Łamliwe paznokcie

Słabe włosy

Problemy skórne

Wysypki

Cienie pod oczami

Inne

Jakie?

.....

.....



Oświadczam, iż udzieliłem pełnej, zgodnej z prawdą informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz poinformowałem o wszystkich znanych mi chorobach i dolegliwościach zdrowotnych.

Ponoszę odpowiedzialność za zatajenie tych informacji oraz możliwe skutki zdrowotne wprowadzenia w błąd osoby opracowującej leczenie dietetyczne

.....
Podpis pacjenta

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów funkcjonowania Centrum Dietoterapii NowoDietica Patrycja Nowobilska

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej, niezbędnych dla potrzeb realizacji postępowania dietetycznego – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

.....
Podpis pacjenta

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie informacji handlowej i marketingowej

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Centrum Dietoterapii NowoDietica Patrycja Nowobilska za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany adres e-mail informacji handlowych i marketingowych dotyczących usług i produktów, które oferuje gabinet oraz usług i produktów partnerów i podmiotów współpracujących z tymże gabinetem.

.....
Podpis pacjenta

.....
Miejscowość i data