

WYWIAD ZDROWOTNO-ŻYWIENIOWY

Proszę o udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone w kwestionariuszu, poprzez zakreślenie odpowiedniego pola znakiem X lub podkreślenie właściwej odpowiedzi. W polach przeznaczonych do uzupełnienia proszę o uzupełnienie danych. Odpowiadając na pytania dotyczące zachowań żywieniowych, proszę uwzględnić żywność jadaną w domu i poza domem.

Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.

Czas potrzebny do wypełnienia to około 30 minut. Proszę o dokładne i szczegółowe wypełnienie.

*Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Poradni Dietetycznej Agnieszka Pankau (www.dietetyka24.pl lub dostępny w poradni ul. Wyspiańskiego 2A/4U, 64-920 Piła) (tekst jednolity z dnia 01.08.2022r.) oraz że akceptuję jego treść.

.....
Data, Podpis

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej, oraz iż zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....
Data, Podpis

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz medycznych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury dietoterapii – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r. Poz. 1182).

.....
Data, Podpis

****Wywiad zawiera 11 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług przez Poradnię.

.....
Data, Podpis

DANE PERSONALNE

Imię i nazwisko:.....

Adres e-mail:..... Nr telefonu:.....

Data urodzenia:..... Płeć:.....

Miejsce zamieszkania:.....

Data wypełnienia kwestionariusza:.....

Wzrost:..... Aktualna masa ciała:.....

Powód/cel wizyty:	Chcę schudnąć/przytyć, Chcę zmienić nawyki żywieniowe, Potrzebuję wsparcia w żywieniu w chorobach Inne:
Czy chcesz poprawić coś jeszcze:	Energię, skórę/włosy, kondycję, koncentrację, zdrowie Inne:
Skąd się o działalności dietetyka24?	Polecenie, strona www, media społecznościowe, Inne:
Czego oczekujesz od dietetyka?	

PRACA/AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA/STRES

Status zawodowy:	Uczeń, student, osoba pracująca, osoba nie pracująca, emeryt/rencista Inne:		
Wykonywany zawód:			
Charakter wykonywanej pracy:	praca siedząca	umiarkowany ruch	duży ruch
Czy masz możliwość podgrzania posiłku w pracy:	Tak	Nie	Inne:

Godziny pracy*:		Przerwa na posiłek o godzinie:	Czas przerwy w minutach:
Od.....	Do.....		
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
Niedziela			

Posiłki w pracy*:

*Jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz

Zmiany (jeśli masz pracę zmianową):	ranna	popołudniowa	wieczorna
Godziny pracy:			

Czas aktywności fizycznej dziennie:

Jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz

	Wstaje o godzinie	Idę spać o godzinie
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

Wybierz opis swojej aktywności fizycznej:

1. Siedzący tryb życia, praca biurowa, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia
2. Siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 w tygodniu aktywność fizyczna trwająca ok. 1 h.
3. Średnio aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca do 1 h
4. Aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca dłużej niż 1 h
5. Praca fizyczna, duży wysiłek fizyczny

Jak często pojawia się aktywność fizyczna:

	Rodzaj aktywności fizycznej	Pora dnia	Długość treningu [min]
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
Niedziela			

Jakiego rodzaju jest to trening:

Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytr.- sił. / aerobowy/beztlenowy/interwał / ćwiczy z trenerem / zajęcia w klubie / zajęcia w grupie / ćwiczę w domu / biegam / nornic walking/ rower/ rowerek stacjonarny / skakanka / płyty, np. Chodakowska / taniec / jazda konna

inne.....

Nie ćwiczę / nie mogę znaleźć czasu / nie mogę się zmobilizować / od zawsze ćwiczę / lubię ćwiczyć / lubię aktywność

W jakim odstępie czasu spożywasz posiłek przed treningiem:

Na 2 godziny przed / godzinę przed / pół godziny przed / nie jem / nie zwracam na to uwagi

W jakim odstępie czasu spożywasz posiłek po treningu:

Do pół godziny po / do godziny po / 2 godziny po / nie jem już nic / nie zwracam na to uwagi

Co i ile wypijasz w trakcie treningu:	Woda / izotonik / inne Ilość:		
Odporność na stres w skali 1 do 10 (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)			
Stres a jedzenie:	wzmożony apetyt jeśli tak to na co: słodkie / słone / nie ma znaczenia	obniżony apetyt	nie ma znaczenia

WYWIAD ZDROWOTNY

Czy cierpisz na wymienione schorzenia (schorzenie stwierdzone przez lekarza)
Jeżeli nie chorujesz pozostaw puste pole

JEDNOSTKA CHOROBY	OD KIEDY	LEKI
Cukrzyca / wysoki poziom cukru		
Insulinooporność		
Miażdżyca / wysoki poziom cholesterolu we krwi		
Nadciśnienie / zbyt niskie ciśnienie / wysokie tętno		
Choroby serca: niewydolność / zawały /		
Inne dolegliwości.....		
Przebyty udar		
Nerki: kamienie / wycięta / osłabione / 1 aktywna (P/L)		
Inne dolegliwości.....		
Tarczycza: niedoczynność / nadczynność / Hashimoto / g-basedov / terapia jodem / wycięta / wycięty płąt / guzki		
Wątroba: otłuszczona / niewydolność przewlekła / zapalenia		
Nowotwór: chemioterapia / jaki:.....		
Kości: Osteoporoza / RZS- reumatoidalne zapalenie stawów / częste złamania / reumatyzm		
Choroby trzustki:		
Skóra: nadpotliwość / łuszczyca / cellulit		
Inne dolegliwości.....		

Inne: migreny / przewlekły stres / depresja /
zatrzymywanie wody w organizmie

Stan przewodu pokarmowego:
wrzody żołądka / H.Pylori / wrzody jelita /
Zgaga (po czym? w jakiej sytuacji) :
.....
reflaks / wzdęcia (ile razy na 7 dni tygodnia):
.....
/ gazy / jelito drażliwe / hemoroidy / wycięty pęcherzyk
/ kamica (jaka?)
Celiakia

Dna moczanowa

Anemia

Ginekologiczne: PCO / PCOS / Endometrioza /

inne:.....

Czy przeszedłeś/przeszedłaś operacje np. bariatryczne?
Jakie, kiedy?:

Inne choroby(wypisz wszystkie inne):

Inne przyjmowane leki i suplementy np. antykoncepcja

ALERGIE i nietolerancje

Astma

Pyłki: Jakież?

Sierść/kurz

Alergie pokarmowe:

Alergie na leki:

Inne Alergie:

Nietolerancje pokarmowe:

INNE

Czy ostatnio często chorujesz / przeziębiasz się?	Tak		Nie				
Jak oceniasz swoją odporność? (w skali 0-10, gdzie 1 oznacza bardzo małą, 10 bardzo dużą)							
Jak często się wypróżniasz	1 x dzień	2 x dzień	Częściej:	1 x 2dni	1 x 3dni	Rzadziej:	
	Zaparcia		Biegunki		Krew/śluz		Inne:
Czy stosujesz jakieś metody/środki wspomagające wypróżnianie							
Rytm snu	śpię całą noc dobrze	budzę się do 15 min.	Budzę się powyżej 1 raz	Budzę się kilka razy w nocy	Budzę się kilka razy w tygodniu	Rzadko się przebudzam	
	podjadam w nocy (co?) :						
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą	Tak		Nie		Inne:		
Zmiana masy ciała w ostatnich 6 miesiącach:	W górę (ile?):		W dół (ile?):		Bez zmian		Inne:
Jeśli masz problem z masą ciała, to jak długo to trwa?	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatni pół roku / ostatni rok / ostatnie 2-3 lata / ostatnie 5 lat / ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) :						
Jaka jest wg Ciebie optymalna Twoja masa ciała?							
Czy stosowałaś/eś diety odchudzające/eliminacyjne?	Nie	Tak					
		Jakie:	Kiedy:	Jak długo:	Jaki był efekt:		
Ciąże (jeśli były):	Ile? Inne ważne informacje, o których powinnam wiedzieć:						
Miesiączki:	Regularne	Nie-regularne	Brak	Antykoncepcja (jaka?):	Bolesne / inne:		

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Ile posiłków* spożywasz zazwyczaj w ciągu dnia? <i>*Posiłek – produkty żywnościowe lub ich zestawy spożywane zwyczajowo w określonych porach dnia (I śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja)</i>	1 posiłek	2 posiłki	3 posiłki
	4 posiłki	5 posiłków	6 i więcej
Czy spożywasz je o stałych porach?	Tak, wszystkie	Tak, ale tylko niektóre	Nie
Który z posiłków zazwyczaj jest najbardziej obfity?			
Czy po posiłkach odczuwasz spadek energii?	Tak	Nie	Inne:
Czy podjadasz między posiłkami? <i>Podjadanie (dojadanie) – okazyjne spożywanie produktów lub zestawów produktów między posiłkami, przeważnie w niewielkich ilościach</i>	Tak		Nie (proszę pominąć kolejne 3 pytania)
W jakich sytuacjach najczęściej podjadasz?	Wieczorami	W pracy / przy nauce	TV / komputer
	W nocy	Inne:	
Jak często spożywasz żywność między posiłkami?	Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w tygodniu
	Kilka razy w tygodniu	Raz dziennie	Kilka razy w ciągu dnia
Jaką żywność spożywasz zazwyczaj między posiłkami?	Owoce	Warzywa	Jogurty, serki
	Słodkie przekąski np. cukierki, ciasta, ciastka	Słone przekąski np. chipsy, paluszki	Orzechy, migdały, nasiona, pestki
Czy są potrawy, po których się źle czujesz?			
Jak często pojawia się w diecie żywność typu <i>fast-food</i>? Np. hamburgery, pizza, zapiekanki, hot dogi, zapiekanki?	Nigdy / 1 x dzień / częściej / raz na kilka dni / 1 x tydzień / 1 x 2 tygodnie / 1 x 3 tygodnie / 1 x miesiąc / rzadziej		
	Hamburgery / pizza / zapiekanki / hot dogi / zapiekanki / kebab / inne:		
Czy spożywasz produkty instant typu „zupka chińska”	Nie	Tak, Jak często?	
Czy spożywasz produkty instant typu „fix” sosy. Jak często i ile?	Nie	Tak, Jak często? Ile?	
Czy spożywasz ketchup/majonez/gotowe sosy?	Nie	Tak, Jak często?	

Ile szklanek lub litrów wody wypijasz zazwyczaj w ciągu dnia?						
Jakiego typu wodę zazwyczaj pijesz?	Niegazowana	Gazowana	Z kranu	Smakowa		
Ile szklanek / litrów ciepłych napojów wypijasz w ciągu dnia?	Herbata: czarna / zielona / czerwona / ziołowa / owocowa / torebki / liściaste					
	Szklanki.....		Litry.....			
Czym słodzisz gorące napoje, np. kawę, herbatę, kakao?	Kawa: rozpuszczalna / parzona / z ekspresu / zbożowa / inna:					
	Szklanki.....		Litry.....			
Czym słodzisz gorące napoje, np. kawę, herbatę, kakao?	Nie słodzę / cukier / miód / ksylitol / erytrytol / stewia / słodziki / cukier trzcinowy / inne:					
Jeśli słodzisz napoje, to w jakich ilościach na 1 szklankę?	1 łyżeczka	2 łyżeczki	3 łyżeczki	Więcej		
Ile szklanek / litrów słodkich napojów wypijasz w ciągu dnia?	Soki: jednodniowe / kartonowe / smoothie / zimne herbaty / inne?:					
	Szklanki.....		Litry.....			
	Gazowane: cola / słodkie typu fanta lub „oranżada” / energetyki / inne:					
Jak często pijesz napoje alkoholowe?	Nigdy		1-3 razy w miesiącu		Raz w tygodniu	
	Kilka razy w tygodniu		Raz dziennie		Inne:	
Jaki napój alkoholowy najczęściej pijesz?	Piwo / wino / drinki / wódka / whisky / inne:					
Czy palisz?	Nie		1-5 szt./dzień		5-10 szt./dzień	
	10-15 szt./dzień		>15 szt./dzień		Inne:	
Ile porcji* warzyw spożywasz w ciągu dnia? <small>* Porcja – ilość produktu lub napoju przeznaczona do jednorazowego spożycia, albo do spożycia w określonym czasie, np. jedno jabłko, jeden pomidor, pół szklanki malin, pół szklanki soku.</small>	W ogóle ich nie jem / 1 porcję / 2 porcje / 3 porcje / 4 porcje / 5 porcji i więcej					
	Najbardziej lubię:					
	Nie lubię:					
Ile porcji* owoców spożywasz w ciągu dnia? <small>* Porcja – ilość produktu lub napoju przeznaczona do jednorazowego spożycia, albo do spożycia w określonym czasie, np. jedno jabłko, jeden pomidor, pół szklanki malin, pół szklanki soku.</small>	W ogóle ich nie jem / 1 porcję / 2 porcje / 3 porcje / 4 porcje / 5 porcji i więcej					
	Najbardziej lubię:					
	Nie lubię:					
Jakie pieczywo spożywasz najczęściej?	Nie jadam pieczywa	Pszenne	Żytnie	Razowe	Chrupki e	Wafle ryżowe
	Tostowe	Graham	Mieszane	Pełnoziarniste	Inne:	

Jakiego rodzaju tłuszcz używasz do smarowania pieczywa?	Nie smaruję	Masło	Majonez	Margaryna	Serek	Benecol
	Olej roślinny	Ketchup	Gotowe sosy	Inne:	Smaruję: Grubo / cienko / łyżeczka / łyżka	
Jak często spożywasz nasiona roślin strączkowych? <i>Groch, fasola, soczewica, ciecierzycza, bób, soja, orzeszki ziemne, tofu</i>	Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu	Raz dziennie	Kilka razy w ciągu dnia
Jak często spożywasz kasze, makarony, płatki, ryże, płatki? Podkreśl, te które najczęściej spożywasz	Produkt			Częstość spożycia		
	Płatki owsiane / orkiszowe / gryczane / jaglane / inne:					
	Płatki kukurydziane					
	Gotowe musli / crunche / nesquik / inne:					
	Kasza manna					
	Ziemniaki / puree ziemniaczane					
	Kasza drobnoziarnista / pęczak / jaglana / gryczana / bulgur / inne:					
	Ryż biały / jaśminowy / basmati / paraboiled / brązowy / dziki / inne:					
	Makaron biały / pełnoziarnisty / orkiszowy / ryżowy / kuskus / inny:					
Produkty mączne: pierogi / kluski / pyzy / knedle / inne:						
Jak często spożywasz produkty mleczne? Podkreśl, te które najczęściej spożywasz	Produkt			Częstość spożycia		
	Mleko: 0,5% / 1,5% / 2% / 3,2% / 3,8% / bez laktozy / kozie / smakowe					
	Napoje roślinne: ryżowy / sojowy / owsiany / migdałowy / inne:					
	Jogurt naturalny / smakowy / typu islandzkiego skyr / jogurty pitne / desery mleczne np. satino / jogurt grecki / serki homogenizowane naturalne np. bieluch / serki homogenizowane np. danio / inne:					
	Maślanka / kefir / zsiadłe mleko Naturalna / smakowa					
	Twarożek ziarnisty typu grani					
Ser żółty / ser mozzarella / serki topione / feta / sery długodojrzewające / pleśniowe / kozie / inne:						
Typu light / pełnotłuste						

Jak często spożywasz przetwory i potrawy? Podkreśl, te które najczęściej spożywasz

<i>Produkt</i>	<i>Częstość spożycia</i>
Mięsne: kabanosy / parówki / kielbasy / pasztety / boczek / wędliny konserwowe / boczek / inne:	
Rybne: wędzone na zimno / wędzone na ciepło / konserwy np. ryba w pomidorach / inne:	

Jak często spożywasz jaja?

Nigdy / kilka razy w ciągu dnia / raz dziennie / kilka razy w tygodniu / raz w tygodniu / 1-3 razy w miesiącu / rzadziej

Lubię / nie lubię / inne:

Jaki rodzaj mięsa spożywasz zazwyczaj?

Nie jadam mięsa

Drób: ze skórą / bez skóry częściej : pałki / skrzydełka / piersi

Wieprzowina: karkówka / schab / łopatka / żeberka / polędwica / inne:

Wołowina: antrykot / ligawa / poledwica / łopatka / karkówka / inne:

Podroby: wątróbka / żołądki / nerki / ozory / inne:

Królik / Kaczka / gęś / cielęcina / jagnięcina / dziczyzna / inne:

W jaki sposób przyrządzone dania najczęściej jadasz?

Smażone	duszone	pieczone	grillowane	gotowane	Inne:
---------	---------	----------	------------	----------	-------

Jakiego rodzaju tłuszczu do smażenia używasz najczęściej?

Nie stosuje żadnego tłuszczu do smażenia / olej rzepakowy / słonecznikowy / oliwa z oliwek / olej kokosowy / smalec / margaryna / masło / masło klarowane / inne:

Jak często spożywa Pan/Pani przetwory i potrawy z ryb

Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Raz dziennie i częściej
-------	---------------------	----------------	-----------------------	----------------	-------------------------

Smażę bez panierki / smażę w panierce / piekę / gotuję / duszę / gotuję na parze / inne:

Ogólnie ryby:

Lubię / nie lubię / nie spróbuję / chętnie spróbuję

Jak często spożywasz zupy?

Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Raz dziennie i częściej
-------	---------------------	----------------	-----------------------	----------------	-------------------------

Zaciągam/zagęszczam: mąką / śmietaną / śmietanką / zasmażką / jogurtem / inne:

Jak często występują orzechy i w jakiej postaci?

Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Raz dziennie i częściej
-------	---------------------	----------------	-----------------------	----------------	-------------------------

Orzechy: lubię / nie lubię / spróbuję / nie spróbuję

Orzeszki solone / w czekoladzie / laskowe / nerkowca / włoskie / migdały / pistacje / arachidowe / macadamia

inne:

Jak często spożywasz owoce suszone?	Nigdy	1-3 razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Raz dziennie i częściej
	Owoce suszone: lubię / nie lubię / spróbuję / nie spróbuję					
	Śliwki / morele / żurawina / daktyle / figi / banany / jabłka / inne:					
Jakich przypraw używasz w kuchni:	Typu vegeta / maggi / kostki rosółowe / gotowe mieszanki przypraw typu fix / sos sojowy / naturalne przyprawy / świeże zioła / dużo soli / mało soli / inne:					
Produkty, z których nie jesteś w stanie zrezygnować:						
Produkty, których nie lubisz:						
Czy lubisz gotować?	Nie	Tak, ale nie mam czasu	Uwielbiam	Nie znoszę	Gotuję, bo muszę	Nie gotuję
Posiadany sprzęt agd w domu:	Waga kuchenna / blender / blender kielichowy / thermomix / lidlomix / parowar / grill elektryczny / inne:					

Czy jest coś jeszcze o czym powinnam wiedzieć?

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis

.....