

ANKIETA – przed wizytą u dietetyka

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Tel kontaktowy:

4. Email do wysłania diety i/lub kontaktu:

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych. Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na mojego emaila. Jednocześnie zapewniamy, że Twój adres email nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.

podpis

Status zawodowy (podkreśl właściwe):	Uczeń/student Pracuję zawodowo Nie pracuję Emeryt/rencista
Wykonywany zawód:	
Opisz ogólnie swoją pracę, siedząca przy komputerze, stojąca, zmianowa, w samochodzie? Jeśli nie pracujesz to opisz mniej więcej swój dzień:	

Opisz rozkład swojego tygodnia – chodzi o czynności stale wykonywane i takie, które są nie do przesunięcia, np.: pobudka, wyjście do pracy/szkoły, powrót do domu, zakupy, trening/aktywność fizyczna, kursy/szkolenia, posiłki rodzinne, kościół, pory spania:

GODZ.						
PN						
WT						
ŚR						
CZ						
PT						
SO						
NIE						

Jeśli ciężko w tej tabeli zamieścić rozkład Twojego tygodnia – rozpisz go w dowolnie inny sposób na kartce papieru. W przypadku pracy zmianowej opisz rozkład dnia dla każdego rodzaju zmiany oddzielnie.

Co zdecydowało o konsultacji u dietetyka i czego oczekujesz po tej wizycie?	
Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w próbach odchudzania?	
Jaki jest Twój poziom motywacji do odchudzania? Co spowoduje, że poczujesz się jeszcze bardziej zmotywowany/a?	
Jak często życzysz sobie aby przebiegały wizyty kontrolne czy pomiary wagi (analiza składu ciała)?	
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?	
Z jaką wagą czułbyś/abyś się lepiej?	
Jak szybko chcesz schudnąć? Ile kg w jakim czasie?	
Czy stosowałeś/aś diety? Jakie? i kiedy to było?	
Jakie były rezultaty tych diet?	
Co powodowało, że kolejne diety kończyły się niepowodzeniem? Co zniechęcało do kontynuowania diety?	
Jak oceniasz swoją codzienną aktywność? (podkreśl właściwą odpowiedź lub napisz jeśli brakuje odpowiedzi odpowiadającej Twojej aktywności)	<ul style="list-style-type: none"> • Siedząco/leżąca (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam) • Mało aktywny • Umiarkowany (jestem w ruchu przez cały dzień) • Aktywny (uprawiam sport co najmniej 3xtyg) • Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę:
Czy na co dzień uprawiasz jakiś sport, aktywność ruchową? Jaką? Ile godzin tygodniowo? Jeśli ćwiczysz regularnie – napisz w jaki dzień, o której godzinie, od-do, jaka aktywność fizyczna:	
Co robisz zwykle w soboty i niedziele lub w wolne dni ?	
Czy w dzieciństwie, młodości lub przed kilkoma laty uprawiałeś/aś jakiś sport lub aktywność ruchową?	
Ile czasu codziennie/tygodniowo możesz poświęcić na aktywność ruchową?	
Jaka forma aktywności ruchowej najbardziej Ci odpowiada?	
Gdzie lubisz ćwiczyć? w domu, fitnessie, siłowni, na świeżym powietrzu, nie lubisz wcale?	
Jakie masz hobby?	
Co lubisz jeść? Do jakich produktów masz szczególną słabość?	
Co jesz zwykle na śniadanie lub na pierwszy posiłek dnia i o której on jest?	
Ile godzin wstania z łóżka zjadasz swój pierwszy posiłek? Jadasz go w pracy czy w domu?	
Co jesz zwykle na kolację (ostatni posiłek) i o której ona jest? Na ile godzin przed snem?	

Czy spożywasz produkty z białej mąki typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy? Jakie? Jak często?	
Preferowany smak potraw: słodki/słony/ostry/ziołowy	
Jakich przypraw używa Pan/Pani w kuchni?	
Produkty z których Pan/Pani nie jest w stanie zrezygnować?	
Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia? Liczba posiłków głównych i liczba przekąsek/przegryzek:	
Jakie robisz odstępy między posiłkami (ile godzin mija między kolejnymi posiłkami)?	
Który posiłek jest dla Ciebie najważniejszy i dlaczego?	
Który posiłek jest największy i o której godzinie?	
Czy jesz posiłki o regularnych porach?	
Czy planujesz co zjesz na określony posiłek?	
Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego i kiedy one się zdarzają?	
Kto w domu gotuje? Kto przyrządza posiłki?	
Gdzie najczęściej spożywasz posiłki? W domu, na mieście, w restauracji, w pracy, w szkole, w barach?	
Jak często stołujesz się w barach typu fast food? Ile razy w tygodniu czy w miesiącu?	
Czy w pracy/szkole możesz zjeść posiłek o dowolnej porze?	
Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku? Przygotowania posiłku?	
Ile litrów/szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?	
Ile kaw wypijasz w ciągu dnia i ile tyżeczek/kostek cukru wrzucasz? Z mlekiem (ilu %) bez mleka? Ze śmietanką? Kawa rozpuszczalna/espresso/normalna z ekspresu/zaparzana?	
Ile czarnych herbat wypijasz w ciągu dnia i ile słodzisz?	
Jakie inne herbaty wypijasz w ciągu dnia?	
Jakie inne płyny wypijasz w ciągu dnia, jakie ilości i rodzaj napojów?	
Jak często się wypróżniasz? Raz dziennie, dwa razy dziennie, raz na dwa dni, raz na tydzień? Nieregularnie?	
Czy stosujesz jakieś środki/metody wspomagające wypróżnianie?	
Czy dojadasz między posiłkami? Co najczęściej?	
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na II śniadanie	
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na podwieczorek	
Preferowane dodatki do potraw (ketchup, musztarda, majonez, chrzan, sosy jogurtowe, inne – jakie?)	

Czy jesteś wegetarianem/ką? Jakiego rodzaju?	
Czy spożywasz alkohol? Jak często i jaki?	
Czy spożywasz mleko? Jak często? Ilu procentowe?	
Czy spożywasz jogurty, kefiry, maślanki? Jakie (owocowe, naturalne, ile % tł.)?	
Czy spożywasz rośliny strączkowe? Jak często?	
Czy spożywasz owoce? Jak często? Jakie?	
Czy spożywasz warzywa? Jak często? Jakie?	
Czy spożywasz produkty typu light?	
Ile razy w tygodniu/miesiącu spożywasz mięso? Jakie? i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
Ile razy w tygodniu/miesiącu spożywasz ryby? Jakie? i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
Jakie lubisz mięso?	
Jakie lubisz ryby?	
Jakie lubisz wędliny?	
Czy lubisz sery? Jakie? Jak często je spożywasz?	
Ile łyżeczek cukru zużywasz w ciągu dnia łącznie do słodzenia różnych produktów?	
Z ilu dań składa się obiad? Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser?	
Czy po obiedzie musisz zjeść coś słodkiego?	
Czy używasz przypraw typu ziarenka smaku, maggi, vegeta, rosołki? Jak często?	
Czy dosalasz potrawy przy stole?	

LUBIĘ NIE LUBIĘ

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, których nie lubię ale jem jak trzeba:	Produkty, których nie cierpię i nie jem na pewno:

Z D R O W I E

Na konsultację zabierz ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/medyczne/fizjoterapeutyczne.

Czy masz jakieś dolegliwości zdrowotne? Jeśli tak to jakie? (opis dokładny poniżej)	
Czy masz choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywasz leki, parafarmaceutyki, witaminy, suplementy lub jakieś preparaty odchudzające, wzmacniające? Jakie?	

Przebyte operacje? Jakiej? Zalecenia lekarskie po operacji:	
Czy masz problemy z układem krążenia?	
Czy masz nadciśnienie? Wartość:	
Jaki masz poziom cholesterolu?	
Jaki masz poziom trójglicerydów?	
Jaki masz poziom cukru na czczo?	
Czy cierpisz na cukrzycę? Jaki typ? Bierzesz insulinę? Jaką? W jakim schemacie?	
Czy palisz papierosy? Ile?	
Czy cierpisz na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?	
Czy masz alergię pokarmową? Na jakie produkty?	
Czy masz alergię wziewną? Na jakie substancje/pyłki?	
Czy masz alergię kontaktową? Na co?	
Czy masz jakieś przeciwwskazania co do aktywności ruchowej?	
Dotyczy kobiet: Czy jesteś w ciąży? W którym tygodniu? Data poczęcia:	
Dotyczy kobiet: Czy jesteś w połogu? Ile miesięcy/tygodni minęło od ciąży?	
Dotyczy kobiet: Czy obecnie karmisz piersią? Od kiedy i jak długo jeszcze planujesz? Ile dziecko ma miesięcy?	
Dotyczy kobiet: Czy planujesz w najbliższym czasie zajść w ciążę?	

Dokładny opis dolegliwości zdrowotnych:

Uczestnictwo we wszystkich zajęciach gimnastycznych (fitness), treningach personalnych oraz stosowanie zalecanej diety jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność uczestnika/stosującego. Jeżeli masz wątpliwości co do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do uczestniczenia w zajęciach fitness, zajęciach rekreacyjnych, treningach personalnych czy stosowania zalecanej diety zasięgnij opinii swojego lekarza. Zaleca się aby przed przystąpieniem do jakiegokolwiek aktywności ruchowej oraz przed zastosowaniem jakiegokolwiek programu dietetycznego zasięgnąć porady swojego lekarza.

data i podpis

DZIENNICZEK SPOŻYCIA POŚLĄKÓW

Proszę na bieżąco i szczerze, jak najdokładniej jeśli to możliwe opisać, spożyte posiłki przez **trzy kolejne typowe dni** – jeden weekendowy i dwa powszednie – np. czwartek, piątek, sobota.

Proszę wpisywać wszystkie potrawy, przekąski, produkty, owoce, warzywa i wypite płyny.

Proszę jak najdokładniej opisać:

- zawartość tłuszczu, rodzaj użytego tłuszczu, ilość tłuszczu np. mleko do kawy – ilość, % tłuszczu
- rodzaj pieczywa (chleb, bułka, razowe, białe, graham)
- sposób przyrządzenia potrawy (gotowanie, smażenie, pieczenie, duszenie, grillowanie)
- wszystkie użyte do przygotowania potraw składniki, ilość w opakowaniu, gramatura (jeśli to możliwe)
- czy produkty są bardzo słone/ średnio słone/ mało słone, ile łyżeczek cukru do napojów, itp.

Bardzo proszę o dokładne określanie ilości – zważona masa (jeśli to możliwe), dokładne podawanie miar domowych np. 2 szklanki (250 ml) mleka, 3 plasterki polędwicy drobiowej, 1 pomarańcza.

Pozwoli to na dokładne określenie wartości odżywczej i energetycznej diety

Dzień tygodnia.....

Dzień I:	Godzina:	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
Śniadanie			
Podjadanie			
2 śniadanie			
Podjadanie			
Obiad			
Podjadanie			
Podwieczorek			
Podjadanie			
Kolacja			
Podjadanie			

Dzień tygodnia.....

Dzień II:	Godzina:	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
Śniadanie			
Podjadanie			
2 śniadanie			
Podjadanie			
Obiad			
Podjadanie			
Podwieczorek			
Podjadanie			
Kolacja			
Podjadanie			

Dzień tygodnia.....

Dzień III:	Godzina:	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
Śniadanie			
Podjadanie			
2 śniadanie			
Podjadanie			
Obiad			
Podjadanie			
Podwieczorek			
Podjadanie			
Kolacja			
Podjadanie			