

ANKIETA dla dziecka – przed wizytą u dietetyka

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia:

PESEL:

3. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

4. Miejsce zamieszkania (miejscowość):

5. Tel kontaktowy:

6. Email do wysłania diety i/lub kontaktu (w razie zmiany adresu @ prosimy o informację zwrotną):

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Gdzie uczęszcza Twoje dziecko (podkreśl właściwe):	Szkoła Przedszkole Żłobek W domu z mamą W domu z opiekunką/babcią
---	---

Opisz rozkład tygodnia – chodzi o czynności stale wykonywane i takie, które są nie do przesunięcia, np.: pobudka, wyjście z domu, powrót do domu, zajęcia dodatkowe, posiłki rodzinne, kościół, pory spania:

GODZ.						
PN						
WT						
ŚR						
CZ						
PT						
SO						
NIE						

Jeśli ciężko w tej tabeli zamieścić rozkład tygodnia – proszę o rozpisanie go w dowolnie inny sposób na kartce papieru.

Skąd się dowiedziałas/łeś o gabinecie dietetycznym Dietalive?	
Co zdecydowało o konsultacji u doradcy żywieniowego i czego oczekujesz po tej wizycie?	
Jaka powinna być dieta ułożona przez dietetyka?	
Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w przygotowaniu codziennego jadłospisu dla siebie i dziecka?	
Jaki jest Twój poziom motywacji do wprowadzenia zmian żywieniowych? Co spowoduje, że poczujesz się jeszcze bardziej zmotywowany/a?	
Jak często życzysz sobie aby przebiegały wizyty kontrolne ?	
Czego oczekujesz od „idealnego dietetyka”?	
Czy uważasz że waga Twojego dziecka jest prawidłowa?	
Jaka waga dziecka byłaby według ciebie odpowiednia?	
Czy uważasz że dziecko powinno przybrać na wadze? Ile kg?	
Czy uważasz że dziecko rozwija się prawidłowo?	
Dla osób wysyłających ankietę mailem – proszę o podanie następujących danych:	Wzrost: Obecna waga:
Czy stosowane były już jakieś diety? Jakie? i kiedy to było?	
Jakie były rezultaty tych diet?	
Czy było coś co powodowało, że kolejne diety kończyły się niepowodzeniem? Co zniechęcało do kontynuowania danych zaleceń dietetycznych?	
Jak oceniasz codzienną aktywność dziecka? (podkreśl właściwą odpowiedź lub napisz jeśli brakuje odpowiedzi odpowiadającej aktywności)	<ul style="list-style-type: none"> • Siedząco/leżąca • Mało aktywny • Umiarkowany (dziecko jest w ruchu przez cały dzień) • Aktywny (uprawia sport co najmniej 3xtyg) • Jest sportowcem, uprawia dyscyplinę:
Jeśli jest sportowcem ile godzin tygodniowo poświęca na treningi? w jakie dni, o której godzinie, od-do, jaka aktywność fizyczna	
Co robisz z dzieckiem zwykle w soboty i niedziele lub w wolne dni ?	
Jaka forma aktywności ruchowej najbardziej dziecku odpowiada?	
Jakie ma hobby? Co lubi zazwyczaj robić?	
Co lubi jeść tak szczególnie np. słodkie, produkty mączne, owoce, deserki mleczne, frytki? Do jakich produktów ma szczególną słabość?	

Co jada zwykle na śniadanie lub na pierwszy posiłek dnia i o której on jest?	
Ile godzin od pobudki (wstania z łóżka) zjada swój pierwszy posiłek?	
Co jada zwykle na kolację (ostatni posiłek) i o której ona jest? Na ile godzin przed snem?	
Ile posiłków spożywa w ciągu dnia? Liczba posiłków głównych i liczba przekąsek/przegryzek.	
Jakie ma odstępy między posiłkami (ile godzin mija między kolejnymi posiłkami)?	
Który posiłek jest największy i o której godzinie?	
Czy je o regularnych porach?	
Czy jadłospis jest z góry zaplanowany?	
Czy zdarzają mu się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego i kiedy one się zdarzają?	
Kto w domu gotuje? Kto przyrządza posiłki?	
Gdzie najczęściej spożywa posiłki? W domu, u babci, w restauracji, w stołówce, w przedszkolu/ żłobku/ szkole?	
Jak często stołuje się poza domem w restauracjach, stołówkach? Ile razy w tygodniu czy w miesiącu?	
Ile ml/szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypija w ciągu dnia?	
Czy pije herbatę czarną? Słodzoną?	
Jakie inne herbaty wypija w ciągu dnia?	
Jakie inne płyny wypija w ciągu dnia, jakie ilości i rodzaj napojów?	
Jak często się wypróżnia? Raz dziennie, dwa razy dziennie, raz na dwa dni, raz na tydzień? Nieregularnie?	
Czy konieczne jest zastosowanie jakichś środków/metod wspomagających wypróżnianie?	
Czy spożywa mleko? Jakiego? Jak często? Ilu procentowe?	
Czy spożywa jogurty, kefiry, maślanki? Jakiego (owocowe, naturalne, ile % tł.)?	
Czy spożywa rośliny strączkowe? Jak często?	
Czy spożywa owoce? Jak często? Jakiego?	
Czy spożywa warzywa? Jak często? Jakiego?	
Czy spożywa produkty typu light?	
Ile razy w tygodniu/miesiącu spożywa mięso? Jakiego i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
Ile razy w tygodniu/miesiącu spożywa ryby? Jakiego i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
Jakiego lubi mięso?	
Jakiego lubi ryby?	
Czy lubi sery? Jakiego? Jak często je spożywa?	

Czy potrafi funkcjonować bez słodczy?	
Ile łyżeczek cukru spożywa w ciągu dnia łącznie do słodzenia różnych produktów?	
Z ilu dań składa się obiad? Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser?	
Czy po obiedzie musi zjeść coś słodkiego?	
Czy do przygotowywania potraw dziecku używasz przypraw typu ziarenka smaku, maggi, vegeta, rosółki? Jak często?	
Czy dziecko spożywa ketchup/majonez/ musztarda i inne podobne? Jak często?	
Czy spożywa zupki typu „zupka chińska”, „gorący kubek”?	
Czy w diecie dziecka występują produkty z torebek, do szybkiego przygotowania (wystarczy zalać) – sosy, zupy, fixy, płatki śniadaniowe, kisiele, budynie, ciasta? Jak często? Jakie?	
Czy podgrzewasz posiłki w mikrofalówce?	
Czy korzystasz z mrożonek do przygotowywania potraw?	
Kto robi w domu zakupy?	
Czy dziecko jada pieczywo? Jakie razowe, z ziarnami, żytnie, bułki, rogałe, chałki? Jeśli nie – dlaczego? Jeśli tak - jak często?	
Czy lubi kasze, ryż ? Jakie? Jak często?	
Czy jada płatki śniadaniowe lub musli? Jakie?	
Czy jada jogurty? Jakie? Podaj nazwę, zawartość tłuszczu jeśli znasz:	
Czy spożywa produkty z białej mąki typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy, naleśniki? Jakie? Jak często?	
Czy Twój obecny sposób odżywiania się opiera się na jakichś zasadach? zaleceniach? jeśli TAK, to jakich?	

LUBI NIE LUBI

Produkty, które szczególnie lubi:	Produkty, których nie lubi ale zje jak trzeba:	Produkty, których nie cierpi i nie zje na pewno:

Z D R O W I E

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

Czy dziecko ma jakieś dolegliwości zdrowotne? Jeśli tak to jakie? (opis dokładny poniżej)	
Czy ma choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywa leki przepisane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywa leki, parafarmaceutyki, witaminy, suplementy lub jakieś preparaty wzmacniające? Jakie?	
Czy ma problemy z kręgosłupem lub stawami? Jakie?	
Przebyte operacje? Jakiej? Zalecenia lekarskie po operacji:	
Czy cierpi na cukrzycę? Jaki typ? Bierze insulinę? Jaką? W jakim schemacie?	
Czy cierpi na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?	
Czy ma alergię pokarmową? Na jakie produkty?	
Czy ma alergię wziewną? Na jakie substancje/pyłki?	
Czy ma alergię kontaktową? Na co?	
Czy ma jakieś przeciwwskazania co do aktywności ruchowej?	
Czy dziecko było urodzone naturalnie czy przez cesarskie cięcie? Ile punktów w skali apgar?	
Czy było szczepione? Dołącz kartę szczepień	
Czy było karmione naturalnie? Jak długo?	

