

Kwestionariusz żywieniowy – przed wizytą u dietetyka

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

PESEL:

3. Miejsce zamieszkania (miejscowość):

4. Tel kontaktowy:

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

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.

Skąd się dowiedziałeś/aś o gabinecie dietetycznym Dietalive?	
Co zadecydowało 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?	

Jaki jest Twój poziom motywacji do wprowadzenia zmian żywieniowych? Co spowoduje, że poczujesz się jeszcze bardziej zmotywowany/a?	
Czego oczekujesz od „idealnego dietetyka”?	
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?	
Z jaką wagą czułbyś/abyś się lepiej?	
Proszę o podanie następujących danych:	Wzrost: Obecna waga:
Proszę o podanie następujących danych:	Obwód klatki piersiowej: Obwód tali: Obwód w pasie na wysokości pępka: Obwód bioder: Obwód uda w najszerszym miejscu: Obwód łydki:
Czy stosowałeś/aś diety? Jakiej? i kiedy to było?	
Jakie były rezultaty tych diet?	
Co powodowało, że kolejne diety kończyły się niepowodzeniem? Co zniechęcało do kontynuowania diety?	
Czy Pana/Pani waga się zmieniła w ciągu ostatnich dwóch lat?	
Czy Twój obecny sposób odżywiania opiera się na jakichś zasadach? zaleceniach? jeśli TAK, to jakich?	
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?	
Co robisz zwykle w soboty i niedziele lub w wolne dni ?	
Jakie masz hobby?	
Co lubisz najbardziej jeść? Do jakich produktów masz szczególną słabość?	
Co jesz zwykle na śniadanie lub na pierwszy posiłek dnia i o której on jest?	
Ile godzin od pobudki (wstania z łóżka) zjadasz swój pierwszy posiłek? Jadasz go w pracy czy w domu?	
Co jesz zwykle na obiad? Jesz go w pracy, w domu, restauracji?	
Z ilu dań składa się obiad? Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser?	
Czy po obiedzie musisz zjeść coś słodkiego?	
Co jesz zwykle na kolację (ostatni posiłek) i o której ona jest? Na ile godzin przed snem?	
Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia? Liczba posiłków głównych i liczba przekąsek/przegryzek:	
Jakie robisz odstępy między posiłkami (ile godzin mija między kolejnymi posiłkami)? Czy jesz o stałych	

porach?	
Który posiłek jest dla Ciebie najważniejszy i dlaczego?	
Który posiłek jest największy i o której godzinie?	
Czy planujesz jadłospis z wyprzedzeniem?	
Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego/słonego i kiedy one się zdarzają?	
Kto w domu przyrządza posiłki?	
Kto robi zakupy?	
Gdzie najczęściej spożywasz posiłki? W domu, na mieście, w restauracji, w pracy, w szkole, w barach?	
Jak często stołujesz się poza domem? Ile razy w tygodniu czy w miesiącu?	
Czy w pracy/szkole możesz zjeść posiłek o dowolnej porze?	
Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku?	
Ile litrów/szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?	
Pijesz kawę? Jaka? Z dodatkami? Ile?	
Pijesz herbatę? Jaka? Z dodatkami? Ile?	
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 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? Jakie?	
Czy spożywasz owoce? Jak często? Jakie?	
Czy spożywasz warzywa? Jak często? Jakie?	
Czy spożywasz produkty typu light?	
Czy lubisz sery? Jakie? Jak często je spożywasz?	
Czy lubisz mięso? Jak często je jesz? Jakie?	
Czy lubisz ryby? Jak często je jesz?	
Czy potrafisz żyć bez słodczy?	
Czy potrafisz żyć bez słonych przekąsek typu chipsy, paluszki, chrupki, orzeszki?	
Ile łyżeczek cukru zużywasz w ciągu dnia łącznie do słodzenia różnych produktów?	
Jakie przyprawy stosujesz w swojej kuchni?	
Czy używasz przypraw typu ziarenka smaku, maggi, vegeta, rosołki? Jak często?	
Czy dosalasz potrawy przy stole?	
Czy spożywasz ketchup/majonez/sosy tatarskie i inne podobne? Jak często?	
Czy spożywasz produkty z torebek, do szybkiego przygotowania (wystarczy zalać) – sosy, zupy, fixy, płatki śniadaniowe, zupki chińskie, gorący kubek? Jak często? Jakie?	
Czy jadasz pieczywo? Jeśli nie – dlaczego? Jeśli tak - jak często i jakie?	

Czy jadasz kasze, ryż? Jakiej? Jak często?	
Czy jadasz płatki śniadaniowe, owsiane lub musli? W jakiej formie?	
Czy spożywasz produkty typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy? Jakiej? Jak często?	

LUBIĘ NIE LUBIĘ

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

ZDROWIE

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? Jakiej?	
Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza? Jakiej?	
Czy zażywasz leki, parafarmaceutyki, witaminy, suplementy lub jakieś preparaty odchudzające, wzmacniające? Jakiej?	
Czy masz problemy z kręgosłupem lub stawami? Jakiej?	
Przebyte operacje? Jakiej? Zalecenia lekarskie po operacji:	
Czy masz problemy z układem krążenia?	
Czy masz nadciśnienie? Wartość:	
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?	

