

Data wizyty:

Wywiad żywieniowy

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

**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.

.....
Podpis

***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Poradni SanDiet (www.sandiet.pl) (tekst jednolity z dnia 01.08.2016r.)
oraz że akceptuję jego treść.

.....
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).

.....
Podpis

*****Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwych do przewidzenia następstwach badania składu ciała metodą bioimpedancji oraz przeciwwskazaniach do jego wykonania i wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania, jeśli przeciwwskazania nie występują.

.....
Podpis

***** Wywiad dla uproszczenia zawiera odpowiedzi do zaznaczania. W polach przeznaczonych do zaznaczania wystarczy, że zaznaczysz odpowiedź. W polach przeznaczonych do uzupełnienia prosimy o uzupełnienie danych.

*****W przypadku podpisu elektronicznego, przesłanego drogą elektroniczną, przynieś oryginał z podpisem na wizytę lub doślij.

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

-> **PODPISZ TEŻ NA OSTATNIEJ STRONIE**

Imię i Nazwisko													
PESEL	Miejsce zamieszkania/Adres					Obecna waga/wzrost							
Login skype (dotyczy konsultacji online)													
Telefon, dane do kontaktu	Nr					Godziny wygodne dla kontaktu telefonicznego :							
	Mail :					od rana do południa		cały dzień		po 16 - 17			
Data urodzenia/wiek													
Powód wizyty - cel Dlaczego i po co chcesz wprowadzić zmiany?	Schudnąć/Przytyć		Dla zdrowia		Zmiana nawyków na lepsze			Dla kogoś dziecko/mąż/zona/rodzina/cht opak/dziewczyna					
Czy chcesz poprawić coś jeszcze?	Energję		Skórę/włosy/paznokcie		Kondycję			Koncentrację		Zdrowie			
Skąd wiesz o działalności SanDiet?	Polecenie		Strona www		Fanpage na Facebook			ulotka		Inne:			
Czego oczekujesz od dietetyka?													
Wykonywany zawód/status zawodowy	Uczeń/student/osoba pracująca/osoba nie pracująca/emeryt/rencista												
	Zawód :												
Charakter pracy	Siedząca				Umiarkowany ruch				Dużo ruchu				
Godziny pracy (podaj godziny pracy – jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz) w-wstaje, s-sen	Poniedziałe		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota		Niedziela
	W	S	W	S	W	S	W	S	W	S	W	S	
Zmiany (jeśli masz pracę zmianową) :	Ranna :				Popołudniowa :				Nocna :				
	W		S		W		S		W		S		
Choroby alergiczne	Astma		Pyłki (jakie) :			Sierść/kurz		Pokarmy (jakie) :			Leki /inne :		

Od kiedy?				
Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?				
Nietolerancje pokarmowe	Mleko (laktoza)	Inne :		
Od kiedy?				
Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?				
Ciąże (jeśli były)	Ilość : 1 / 2 / więcej (Ile?).....	Karmienie : piersią brak pokarmu	Kilogramy(+) w ciążach : 1. 2. 3.	Zrzucanie (czas): 1. 2. 3.
Miesiączka	regularnie	brak	nieregularnie	bolesna/inne
Wiek pojawienia się miesiączki				
Choroby metaboliczne Czy cierpisz obecnie na którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń (schorzenie stwierdzone przez lekarza):	Choroba			Kiedy stwierdzona ?
ZDROWY – zaznacz gdy brak chorób	Cukrzyca / wysoki cukier we krwi			
	Miażdżyca/ wysoki poziom cholesterolu we krwi			
	Nadciśnienie / zbyt niskie ciśnienie			
	Choroby serca : niewydolność / zawały/ inne :			
	Nerki : kamienie / wycięta / osłabiona / 1 aktywna (P/L)			
	Tarczycza : niedoczynność / nadczynność / hashimoto / g-basedov / terapia jodem / wycięty płąt (który?)			
	Wątroba: otłuszczona /niewydolność przewlekła / zapalenie			
	Nowotwór : chemioterapia / jaki :			
	Kości : osteoporoza / RZS / częste złamania / reumatyzm			

	Skóra : nadpotliwość / łuszczyca / cellulit		
	Inne: migreny / przewlekły stres / depresja / bolesne miesiączki / trzustka / obrzęki/zatrzymywanie wody w organizmie		
	Inne choroby – wypisz wszystkie inne:		
Odporność na stres w skali 1 do 10 (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)			
Stan przewodu pokarmowego	wrzody żołądka / H.Pylori/ wrzody jelita/ Zgaga (po czym? w jakiej sytuacji) : refluks/ wzdęcia(ile razy na 7 dni tygodnia): /gazy / jelito drażliwe / hemoroidy /wycięty pęcherzyk / kamica (jaka?)		
Twój sposób narodzenia:	Poród naturalny	Cesarskie cięcie	
Czy byłeś/byłaś karmiony naturalnie mlekiem matki?	Tak	Tak, ale tylko przez krótki czas: Jaki?	Nie Nie wiem
Czy byłeś/byłaś chorowitym dzieckiem? (opisz czy to było częste, na co chorowałeś?)			
Czy przeszedłeś/przeszłaś dużo antybiotykoterapii? Ile mniej/więcej? Kiedy?			
Czy przeszedłeś/przeszłaś jakieś operacje/zabiegi? Jakie? Kiedy?			
Czy obecnie często się przeziębiasz/chorujesz?			
Jak oceniasz swoją odporność? (w skali 0-10) (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)			
Czy masz plomby rtęciowe? (Srebrne) Od kiedy?			
Czy masz tatuaże? Ile? Od kiedy?			
Jak często się wypróżniasz?	1 x dzień	2 x dzień	Więcej : 1x na 2 dni 1x na 3 dni
			Rzadziej : Zaparcia biegunki Krew/śluz

Czy stosujesz jakieś metody/środki wspomagające wypróżnianie?					
Czy znasz zalecenia dietetyczne związane z Twoją chorobą i czy się do nich stosujesz?	Tak (w jaki sposób?)			Nie : nie znam / nikt mi nie przedstawił/ nie interesuje mnie to	
Powyższe przypadki w rodzinie (obciążenie genetyczne)	Matka	Ojciec	Rodzeństwo	Babka	Dziadek
Przyjmowane leki (nazwa, dawka, jak długo je przyjmujesz?)					
Przyjmowane suplementy					
Rytm snu	śpisz całą noc dobrze / budzę się : do 15 min. / powyżej 1 raz / kilka na noc/kilka razy w tygodniu / rzadko / podjada (co?) :				
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?	Tak		Nie		Inne:
Zmiana m.c. w ostatnim półroczu/roku	W górę (ile?) :		W dół (ile?):		Bez zmian
Od kiedy masz problem z wagą? (jeśli masz)	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatni pół roku / ostatni rok / ostatnie 2-3 lata / ostatnie 5 lat / ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) :				
Optymalna waga?					
Waga w wieku 20 lat?					
Czy stosowałaś/stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne?	Jakie?		Jak długo ?		Efekt ?
Ile?					Utrzymanie wagi?
Kiedy masz największą ochotę na jedzenie?	Rano do południa	Po pracy popołudniu	Wieczorem		Stres /nuda/TV/ Komputer/praca
Stres a jedzenie	Podjadanie	Brak apetytu		Brak zmian	
Czy są potrawy/produkty po których czujesz się źle?	Nie dotyczy/ Smażone / czosnek / cebula / fasola / słodycze/ chipsy / inne :				
Ile posiłków dziennie spożywasz?	1 / 2 / 3 / 4 /5 / ciężko określić / ciągle podjada				

Godziny posiłków i ich skład ?	Po sił k :	Godzina :	Skład :		
	S				
	II Ś				
	L				
	O				
	P				
	K				
Korzystasz z mikrofalówki?	Tak	Nie	Inne (np. tylko w pracy):		
Czy po posiłkach masz spadki energii?	Tak	Nie	Inne:		
Podjadasz pomiędzy posiłkami? Jeśli tak to co i w jakich sytuacjach?	Nie dotyczy / podjada (co i kiedy?) : Między posiłkami / wieczorami/ w pracy / przy nauce / TV/ komputer / w nocy				
	Słodyczne (inne):				
	Jakie/ nazwa/ ilość	batony	Ciastka / kruche /wafle / cukierki	Ciasta kupne / piecze / owoce suszone	Czekola da / cukierki czekola dowe / pralinki

	Słone (inne) :	Chipsy / chrupki	Orzeszki ziemne/ orzechy w polewie/ orzechy	Paluszki/ krakersy/ Sunbites/ Sucharki/ bakerolls	Wafle ryżowe/ Wasa / Paluszki błonnik
Spożywasz zupki typu "zupka chińska", "gorący kubek?"	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?	
Spożywasz produkty "do zalania" takie jak fixy, pomysły na, sosy z paczki itd.?	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?	
Spożywasz ketchup, majonez, gotowe sosy?	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?	
Jak często pojawiają się Fast-foody i jedzenie na mieście (restauracje itd.)?	1 x dzień/ częściej / raz na kilka dni / 1x na tydzień / 1x 2 tyg. / 1 mies. / rzadziej				
	Frytki / zapiekanki / hamburgery / hot-dogi / pizza / kebab / inne :				
	Restauracje/knajpy :				
Ile płynów dziennie wypijasz?	Woda źródłana / mineralna / kranowa/ smakowa				
Rodzaje płynów?	szklanki		litry	brak	Inne :
	Herbata : zwykła / owocowa / zielona/ czerwona/ ziołowa/ biała/ torebki /liście				
	szklanki		litry	brak	Inne :
	Kawa rozpuszczalna / parzona / ekspres / rozpuszcz./ zbożowa / inna				
	szklanki		litry	brak	Inne :
	Soki : jednodniowe / kartonowe / marchew / pomidor / wielowarzywny / pomarańcz / porzeczka / jabłko / multiwitamina/ Kubuś / inne :				
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szkłanka/ 2/ 3/ litr/ inne	
	Cola / fanta / pepsi / mirinda / energetyki / inne :				
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szkłanka/ 2/ 3/ litr/puszka / inne	
Stosowane używki: papierosy, alkohol	Inne (jakie i ile?) alkohol / papierosy				
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szkłanka/ 2/ 3/ litr/puszka / inne	
Słodzisz? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?	Czym ? cukier / ksylitol / stewia / słodziki / fruktoza / cukier trzcinowy / inne :			Ile na jedną szklankę ? 1 łyżeczka / 2 łyżeczki / 3 łyż.	

	/ więcej		
Jakie pieczywo spożywasz?	jasne/tostowe / ciemne / razowe /graham / pełnoziarniste / mieszane / częściej jasne / Inne :		
Czym się kierujesz przy zakupie pieczywa?	Skład	Cena	Kolor
Jak często spożywasz kasze, makarony, ryż, płatki musli, owsiane ?	Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana /jaglana/inna.....		Jak często
	Makaron biały/pełnoziarnisty /orkiszowy/inny.....		
	Ryż biały/basmati/jaśminowy/paraboiled/ dziki/brązowy/inny.....		
	ziemniaki		
	płatki owsiane/orkiszowe		
	nesquik/musli kupne/crunche/inne.....		
Spożywasz produkty mączne?	Kluski/pierogi/pyzy/knedle i podobne mączne produkty?		Często?
Czym smarujesz pieczywo?	Masło /margaryna/benecol itp./smalec/majonez/ketchup/sosy gotowe/inne.....		
	Grubo/średnio/cienko/łyżeczka/łyżka		
Jak często jadasz warzywa? Jakie najczęściej? W jakiej postaci?	Codziennie 4-5 porcji/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2 dni/inne.....		
	Lubię najbardziej :		
	Nie lubię :		
Jak często jadasz owoce? Jakie najczęściej? W jakiej postaci?	Codziennie 2-3 porcje/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2 dni/inne.....		
	Lubię najbardziej :		
	Nie lubię :		
Jak często spożywasz mleko, przetwory mleczne, sery	Mleko 0,5%/1,5%/2%/3,2%/od krowy/kozie/ kokosowe/sojowe/migdałowe/inne	Jak często	Lubię/ni e lubię/ /spróbu je/nie spróbuj ę :
	Jogurty naturalny/grecki/ desery mleczne,np. satino/ activia owocowa/jogurty owocowe,np. danone/ jogobella/bakoma itd./ fantazja/jogurty pitne/inne	Jak często	
	Maślanka naturalna/owocowa/starciatella	Jak często	
	Kefiry naturalne/owocowe	Jak często	
	Twarożki,np. grani, twarogi na słodko/na słono	Jak często	

	Sery żółte/serki topione/sery długodojrzewające /pleśniowe/feta/mozarella/sery kozie/inne	Jak często	
Jak często spożywasz jaja?	Lubię	Nie lubię	Nie jem
	Unikam		
	1 w tygodniu/2-3 w tygodniu/4-5 w tygodniu/7 i więcej...../raz na 2 tyg./rzadziej/w ogóle		
Jakie najczęściej spożywasz mięsa?	Kurczak : ze skórą / bez skóry / częściej : pałki / skrzydełka / piersi Wieprzowina : karkówka / schab / łopatka / żeberka / polędwica / inne..... Wołowina : antrykot / ligawa / poledwica / łopatka / karkówka/..... Królik / kaczka/ gęś / inne		
W jaki sposób jest ono przyrządzane?	Przyrządzane najczęściej : smażone bez panierki (ile łyżek oleju.....)/ smażone w jajku/ jajko + mąka/ jajko +bułka/ jajko + mąka +bułka/ duszenie/prużenie /pieczenie :podlewanie tłuszczem/bez tłuszczu/ gotowanie/gotowanie na parze/ odsmażanie/inne		
Używany tłuszcz do smażenia i na zimno.	Używany tłuszcz do smażenia : kujawski/ rzepakowy / słonecznikowy/palma itp./oliwa/smalec/masło/masło klarowane/ inne:.....		
	Używany olej na zimno do sałat itd. : ten sam co do smażenia / tłoczony na zimno nierafinowany : rzepakowy / oliwa virgin / inny.....		
Jakiego rodzaju wędliny pojawiają się w diecie i jakie ilości?	Szynki : rodzaj..... % mięsa sprawdzam/nie sprawdzam		
	Kabanosy	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Parówki	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Pasztety	Jak często	Lubię/nie lubię/spróbuję/nie spróbuję :

	Boczek	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Kiełbasy polska itd.	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Konserwowe	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
Jak często pojawiają się ryby i owoce morza i w jakiej ilości?	Ryby	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....		
	Owoce morza	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....		
	Smażę bez panierki / smażę w panierce / paluszki rybne / piekę w folii / piekę w piekarniku / duszę/ gotuję / gotuję na parze/.....		
Jaki rodzaj ryb?	Łosoś	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Pstrąg	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Dorsz	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Tuńczyk	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Makrela	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Śledź	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Inne : panga / mintaj /.....		
Czy jesz zupy? Jakie najchętniej? Jak często?	Lubię zupy / nie lubię/ gotuję dla rodziny / nie gotuję		
	Zaciąga- zagęszcza : mąka / śmietana / śmietanka / zasmażka / inne.....		
	Pomidorowa/ ogórkowa/ rosół / grochówka/ fasolowa/ inne.....		
Jak często występują strączkowe?	1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....		
	Lubię : bób / fasola biała / czerwona / konserwowa / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzycy /.....		
	Nie lubię : bób / fasola biała / czerwona / konserwowa / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzycy /.....		
Jak często występują orzechy, nasiona, owoce suszone ?	Orzechy	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	Codziennie / 1 na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2		



SanDiet
Dietetyka & Lifestyle

Cholesterol frakcji LDL	
Triglicerydy	
Glukoza na czczo	
Insulina na czczo	
Glukoza w doustnym teście po 2 godzinach	
Hemoglobina glikowana	
Krzywa insulinowa	
Hemoglobina	
Hematokryt	
Fe	
Kwas moczowy	
GFR	
TSH	
Co chcę otrzymać - zaznacz:	<u>Jadłospis/zalecenia/ konsultację</u>
Inne uwagi:	

.....

Podpis*****
(wymagany)