

**Data wizyty:**

## **Wywiad żywieniowy skrócony**

\*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](http://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 7 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług przez Poradnię.

-> PODPISZ TEŻ NA OSTATNIEJ STRONIE

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

<b>Od kiedy?</b>				
<b>Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?</b>				
<b>Ciąże</b> (jeśli były)	Ilość : 1 / 2 / więcej (Ile?).....	Karmienie : Piersią	Kilogramy(+) w ciążach : 1. 2. 3.	Zrzucanie (czas): 1. 2. 3.
		brak pokarmu		
<b>Miesiączka</b>	regularnie	Brak	nieregularnie	bolesna/inne
<b>Wiek pojawienia się miesiączki</b>				
<b>Choroby metaboliczne</b> Czy cierpisz obecnie na którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń (schorzenie stwierdzone przez lekarza):  <b>ZDROWY – zaznacz gdy brak chorób</b>	<b>Choroba</b>			Kiedy stwierdzona ?
	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)			
	Tarczyca : niedoczynność / nadczynność / hashimoto / g-basedov / terapia jodem / wycięty płuć (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:								
<b>Odporność na stres w skali 1 do 10</b> (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)									
<b>Stan przewodu pokarmowego</b>	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?) .....								
<b>Twój sposób narodzenia:</b>	Poród naturalny				Cesarskie cięcie				
<b>Czy byłeś/byłaś karmiony naturalnie mlekiem matki?</b>	Tak	Tak, ale tylko przez krótki czas: Jaki?			Nie	Nie wiem			
<b>Czy byłeś/byłaś chorowitym dzieckiem?</b> (opisz czy to było częste, na co chorowałeś?)									
<b>Czy przeszedłeś/przeszłaś dużo antybiotykoterapii?</b> Ile mniej/więcej? Kiedy?									
<b>Czy przeszedłeś/przeszłaś jakieś operacje/zabiegi?</b> Jakie? Kiedy?									
<b>Czy obecnie często się przeziębiasz/chorujesz?</b>									
<b>Jak oceniasz swoją odporność?</b> (w skali 0-10) (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)									
<b>Czy masz plombę rtęciową?</b> (Srebrne) Od kiedy?									
<b>Czy masz tatuaże?</b> Ile? Od kiedy?									
<b>Jak często się wypróżniasz?</b>	1 x dzień	2 x dzień	Więcej :	1x na 2 dni	1x na 3 dni	Rzadziej :	Zaparcia	biegunki	Krew/śluz
<b>Czy stosujesz jakieś metody/środki wspomagające wypróżnianie?</b>									
<b>Czy znasz zalecenia dietetyczne związane z Twoją chorobą i czy się do nich stosujesz?</b>	Tak ( w jaki sposób?)				Nie : nie znam / nikt mi nie przedstawił/ nie interesuje mnie to				

<b>Powyższe przypadki w rodzinie</b> (obciążenie genetyczne)	Matka	Ojciec	Rodzeństwo	Babka	Dziadek
<b>Przyjmowane leki</b> (nazwa, dawka, jak długo je przyjmujesz?)					
<b>Przyjmowane suplementy</b> (wymień wszystkie)					
<b>Rytm snu</b>	Śpisz całą noc dobrze / budzę się : do 15 min. / powyżej 1 raz / kilka na noc/kilka razy w tygodniu / rzadko / podjada ( co?) : .....				
<b>Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?</b>	Tak	Nie		Inne:	
<b>Zmiana m.c. w ostatnim półroczu/roku</b>	W górę (ile?) :	W dół (ile?):		Bez zmian	
<b>Od kiedy masz problem z wagą?</b> (jeśli masz)	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatni pół roku / ostatni rok / ostatnie 2-3 lata / ostatnie 5 lat / ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) : .....				
<b>Optymalna waga?</b>					
<b>Waga w wieku 20 lat?</b>					
<b>Czy stosowałaś/stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne?</b>  Ile?	Jakie?		Jak długo ?	Efekt ?	Utrzymanie wagi?
<b>Czy są potrawy/produkty po których czujesz się źle?</b>	Nie dotyczy/ Smażone / czosnek / cebula / fasola / słodczyce/ chipsy /seler/por inne : .....				
<b>Ile posiłków dziennie spożywasz?</b>	1 / 2 / 3 / 4 /5 / ciężko określić / ciągle podjada				
<b>Godziny posiłków i ich skład ?</b>	Posiłek :	Godzina :	Skład :		

	S		
	II Ś		
	L		
	O		
	P		
	K		

<b>Korzystasz z mikrofalówki?</b>	Tak	Nie	Inne (np. tylko w pracy):
<b>Czy po posiłkach masz spadki energii?</b>	Tak	Nie	Inne:
<b>Używany tłuszcz do smażenia i na zimno.</b>	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..... Codziennie / 1 na 2 dni / 1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./..... Śliwki / morele / żurawina / daktyle / figi / gruszki / banany / jabłka / owoce goji / jagody acai / inne :.....		
<b>Preferowany smak potraw:</b>	słodki/słony/ostry/ziołowy/ mocno doprawione / słabo doprawione / delikatny		
<b>Jakich przypraw używasz w kuchni?</b>	Vegeta / maggi / kucharek / kostki rosółowe / gotowe mieszanki przypraw / sos sojowy / naturalne przyprawy / świeże zioła / dużo soli / mało soli		
<b>Produkty z których nie jesteś w stanie zrezygnować?</b>			
<b>Produkty, których nie lubisz?</b>			
<b>Kto w domu gotuje? Dla ilu osób?</b>			
<b>Lubisz spędzać czas na przygotowywaniu potraw?</b>			
<b>Jak często pojawia się akt.fiz.?</b>	Codziennie / 1 na 2 dni / 1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....		

<b>jak często są treningi?</b>	Nie ćwiczę / nie mogę znaleźć czasu / nie mogę się zmobilizować / od zawsze ćwiczę / lubię ćwiczyć / lubię aktywność
<b>jak długo trwa trening?</b>	Godzina / 1,5 godziny / 2 godziny / .....
<b>Jakiego rodzaju jest to trening?</b>	Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytrz.- sił. / aerobowy /beztlenowy /interwał / ćwicz 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.....
<b>W jakie dni najczęściej wykonujesz treningi (pon,wt,śr, czw,pt, sob, niedz). Podaj przybliżone godziny wykonywania treningu.</b>	
<b>Co chcę otrzymać - zaznacz:</b>	<u>Jadłospis/zalecenia/ konsultację</u>
<b>Inne uwagi:</b>	

.....

**Podpis\*\*\*\*\*  
(wymagany)**