**WYWIAD ŻYWIENIOWY**

INFORMACJE O PACJENCIE

|  |
| --- |
| Imię Nazwisko |
| Wysokość ciała Data urodzenia |
| Masa ciała Nr. telefonu |

POWODY KONSULTACJI

|  |
| --- |
| Dolegliwości Od kiedy (w pliku pdf proszę o wysłanie badań)  |
|  |

Wykonywany zawód

Wcześniejsze wizyty u dietetyka?

Czy były kiedyś stosowane diety alternatywne (np. odchudzające, ketogenne)?

Czy wystąpiły zauważalne wahania wagi w ostatnim czasie?

Czy występują u Pani/Pana jednostki chorobowe?

|  |
| --- |
| Jednostka chorobowa Kiedy stwierdzono (Proszę dołączyć badania w pliku pdf) |
|  |

Czy występują nietolerancje pokarmowe? Proszę wymienić, jeżeli nie wskazano

|  |
| --- |
| Gluten |
| Laktoza |
| Orzechy |
| inne |

Czy występują reakcje alergiczne?

|  |
| --- |
|  |

Czy stosuje Pani/Pan jakąś suplementacje? Proszę dokładnie wymienić oraz podać pory dnia i dawki ich spożycia.

Czy stosuje Pani/Pan jakieś leki? Proszę dokładnie wymieniać oraz podać pory dnia i dawki ich spożycia. W tym również tabletki antykoncepcyjne.

Czy często Pani/Pan choruje?

Czy występują:

Migreny

Przemęczenie

Kłopoty z koncentracją

Omdlenia

,,Mgły mózgowe”

Na jakim poziomie jest Pani/Pana energia w skali 1-10?

Czy występują jakieś choroby w rodzinie/nowotwory :

Czy Pani/Pan się wysypia :

Ile Pani/Pan godzin śpi :

Czy czuje się Pani/Pan zmęczona/y :

Czy czuję się Pani/Pan zmęczona/y po jedzeniu :

Czy występują kłopoty z zaśnięciem :

Czy występuje wypadanie włosów :

Czy występuje uczucie zimna :

**POSIŁKI.**

Ile spożywa Pani/Pan posiłków :

Jakie odstępy są między posiłkami :

Czy ma Pani/Pan napady głodu :

Proszę o podanie godziny, składu, ilości posiłku (najlepiej w pliku pdf ostatnie trzy dni) :

ŚNIADANIE :

II ŚNIADANIE :

OBIAD :

PODWIECZOREK :

KOLACJA :

PODJADANIE :

Jakie płyny i w jakich ilościach Pani/Pan wypija :

Jakie przyrządy do gotowania są dostępne w domu (np. gofrownica/ parowar/termomix)

Używki (papierosy, alkohol, etc), jak dużo :

Czy i czym Pani/Pan słodzi :

Czy jest Pani/Pan wegetarianinem :

Czego Pani/Pan nie lubi i nie zje :

Po jakich posiłkach źle się Pani/Pan czuje :

Czy po spożyciu konkretnego posiłku występują dolegliwości (biegunki, przelewanie-po jakich posiłkach) :

 Czy cierpi Pani/Pan na refluks lub zgagę (proszę opisać objawy i po jakich produktach):

Czy występują kłopoty z wypróżnianiem (biegunki, zaparcia lub naprzemiennie):

Czy w kale widoczne są niestrawione resztki pokarmu/czy widać krople tłuszczu (stolec się ,,świeci”):

Jak częste są wypróżnienia :

Czy miewa Pani/Pan kłopoty z jama ustną (zajady, afty, nieświeży oddech) :

Czy cierpi Pani/Pan na nawracające infekcje układu moczowego :

Czy Pani miesiączki i czy są regularne :

Jakie dolegliwości występują związane z cyklem menstruacyjnym :

Czy stara się Pani/Pan o dziecko :

Czy odczuwa Pani/Pan niepokój, lęk :

**AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA.**

Jaki rodzaj aktywności fizycznej Pani/Pan wykonuje :

Jakie formy ruchu Pani/Pan lubi :

Z jaką częstotliwością :

Jak ocenia Pani/Pan swoją sprawność fizyczną :

**ZMIANY**

Co wydaje się Pani/Panu najtrudniejsze :