



Data wizyty:

## Wywiad żywieniowy

\*Wywiad żywieniowy 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 do dalszego ich otrzymywania.

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz medycznych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury dietoterapii

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

\*W przypadku podpisu elektronicznego, przynieś oryginał z podpisem na wizytę lub doślij.

\*Wywiad zawiera 18 stron, na ostatniej znajduje się miejsce do podpisu- podpis jest konieczny do świadczenia usług przez Studio Dietetyki Klinicznej i Biorezonansu.

Imię i nazwisko	
Miejsce zamieszkania	
Data urodzenia, wiek	



Telefon kontaktowy					
e-mail					
Godziny dogodnie do kontaktu	Ranne	Cały dzień		16-17	
Obecna waga, wzrost	waga		wzrost		
Powód wizyty	Schudnąć/ Przytyć	Dla zdrowia		Zmiana nawyków	Dla kogoś: Dziecko, mąż, żona, rodzina...
Czy chcesz poprawić coś jeszcze?	Energię	Skórę/ włosy/ paznokcie		Kondycję	Zdrowie
Czego oczekujesz od dietetyka?					
Wykonywany zawód/ status	Uczeń, student, os. pracująca, os. niepracująca, emeryt, rencista...				
Charakter pracy	Siedząca		Umiarkowany ruch		Dużo ruchu
Choroby alergiczne	Astma	Pyłki jakie?	Sierść/ kurz	Pokarmy Jakie?	Leki Jakie?



Od kiedy?					
Czy była wykonywana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?					
Nietolerancje pokarmowe	Mleko/laktoza		Inne Jakie?		
Od kiedy?					
Czy była wykonywana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?					
Ciąże/ jeśli były	Ilość 1/2/3 Ile?.....	Karmienie piersią ..... Brak pokarmu ..... Inne przyczyny	Kilogramy na + w ciążach: 1. 2. 3.	Zrzucanie (czas): 1. 2. 3.	
Miesiączka	regularnie	brak	nieregularnie	bolesna/ inne	
Wiek pojawienia się miesiączki					



Choroby metaboliczne Czy cierpisz na którąś z chorób podanych poniżej (stwierdzona przez lekarza)	Choroba	Kiedy stwierdzona?
	Cukrzyca/ wysoki cukier we krwi	
	Miażdżycyca/ wysoki poziom cholesterolu we krwi	
	nadciśnienie/ zbyt niskie ciśnienie	
	Choroby serca: niewydolność/ zawały/ inne:.....	
	Nerki: kamienie/ wycięta/ osłabiona/ 1 aktywna (P/L).....	
	Tarczycyca: niedoczynność/ nadczynność, hashimoto/ g-basadow/ terapia jodem/ wycięty płął (który?).....	
	Wątroba: otłuszczona/ niewydolność przewlekła/ zapalenie	
	Nowotwór: chemioterapia/ jaki? .....	
	Kości: osteoporoza/ RZS/częste złamania/reumatyzm	
	Skóra: nadpotliwość/ łuszczyca/ celulit	
	Inne: Migreny/ przewlekły stres/depresja/ trzustka/ obrzeki/ zatrzymanie wody w organizmie .....	
	Inne choroby- wpisz wszystkie	



Odporność na stres w skali od 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 żółciowy/ kamica (jaka?).....			
Twój sposób narodzenia	Poród naturalny		Cesarskie cięcie	
Czy byłeś/ byłaś karmiony mlekiem matki?	Tak	Tak, ale krótko .....	Nie	Nie wiem
Czy byłeś/ byłaś dzieckiem chorowitym ( Czy to było częste? Na co chorowałaś/łeś?)				
Czy przeszedłeś dużo antybiotykoterapii? Ile?Kiedy?				



Czy przeszedłeś jakieś operacje/ zabiegi? Jakie? Kiedy?											
Czy obecnie często się przeziębiasz, chorujesz?											
Jak oceniasz swoją odporność w skali 1-10 1 bardzo mała/ 10 bardzo duża											
Czy masz plomby rtęciowe? Srebrne od kiedy?											
Czy masz tatuaże? Ile? Od kiedy?											
Jak często się wypróżniasz?	1xdz.	2xdz.	Wiecej:	1x na 2dni	1xna 3dni	Rzadziej:	Zaparcia	Biegunki	Krew/ śluz		
Czy stosujesz jakieś metody, środki wspomagające wypróżnianie?											
Czy znasz zalecenia	Tak /w jaki sposób?				Nie nie znam, nikt mi ich nie przedstawił/ nie interesuje mnie to.						



dietetyczne związane z twoją chorobą i czy się do nich stosujesz?					
Powyższe przypadki w rodzinie	matka	ojciec	rodzeństwo	babcia	dziadek
Przyjmowane leki Nazwa, dawka, jak długo je przyjmujesz?					
Przyjmowane suplementy					
Rytm snu	Śpisz całą noc dobrze		Budzę się : do 15min/ powyżej 1 raz/kilka razy w nocy/rzadko/ podjadam (co?).....		
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?	Tak Nie		Inne.....		
Zmiana masy ciała w ostatnim półroczu/ roku	W górę (ile?)		W dół (ile?)		Bez zmian
Od kiedy masz problem z wagą?	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatnie pół roku/ ostatni rok/ostatnie2-3 lata/ ostatnie 5lat/ ostatnie 10/lat/ więcej ile?				
Waga w wieku 20 lat?					
Optymalna waga					



Czy stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne? Ile?	Jakie?		Jak długo?	Efekt?	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/ samzone/czosnek/cebula/fasola/słodycze/chipsy/ papryka (jaka?)inne: .....				
Ile posiłków dziennie spożywasz?	1/2/3/4/5/ ciężko określić/ ciągle podjada				
Godziny posiłków i ich skład	Posiłek:	Godzina:	Skład:		
	śniadanie				





	II śniadanie		
	lunch		
	Obiad		
	Podwieczorek		
	kolacja		



Korzystasz z mikrofalówki?	Tak	Nie	Inne/ np. tylkow pracy		
Czy po posiłkach masz spadki energii?	Tak	Nie	Inne		
Podjadasz pomiędzy posiłkami?	Nie dotyczy/ podjada (co i kiedy?)				
	Miedzy posiłkami/ wieczorami/ w pracy/ przy nauce/ TV/ komputer/ w nocy				
	Słodycze (inne)				
	Jakie/ nazwa/ ilość	batonyu	Ciastka/ kruche/wafle/ cukierki	Ciasta kupne/ pieczone/owoce suszone	Czekoladowe
Słone (inne):	Chipsy/ chrupki	Orzeszki ziemne/ w polewie ...	Paluszki/ krakersy/sunbites/sucharki Bakerolls	Wafle ryzowe/ wasa/ paluszki błonnik	
Spożywasz zupki typu: zupka chińska, goracy kubek...	Tak	Nie	Od czasu do czasu( co, ile, jakie?)		
Spożywasz produkty do	Tak	Nie	Od czasu do czasu ( co, ile?)		



zalania np. fix, sosy z paczki ...					
Spożywasz ketchup, majonez, gotowe sosy .....	Tak	Nie	Od czasu do czasu ( co,ile?)		
Jak często jadasz na mieście?	Restauracje..		Fast food: frytki, zapiekanki/ hamburgery/ hot-dogi/ pizza/kebab/ inne:		
	1xdzień/częściej raz na kilka dni/ 1x tydzień/ 1x2 tyg/1xmieś./rzadziej				
Ile płynów dziennie wypijasz? Rodzaje płynów.	Woda źródłana/ mineralna/ kranowa/ smakowa				
	Szklanki....	Litry....	brak	inne	
	Herbata: zwykła/owocowa/ zielona/ czerwona/ ziołowa/biała/torebki/ liście				
	Szkołanki...	Litry....	brak	inne	
	Kawa rozpuszczalna/ parzona/ ekspres/zbozowa/inna				
	Szklanki....	Litry...	brak	Inne	
	Soki: jednodniowe/kartonowe/ marchew/ pomidor/ wielowarzywny/ pomarańczowy/ porzeczka/ / jabłko/multiwitamina/ kubuś/ inne				
	Szklanki....	Litry.....	Codziennie/ kilka razy w tyg./ okazjonalnie/prawie wogóle		
	Cola/ fanta/pepsi/ mirinda/ energetyki/ inna				
	Szklanka.....	Litry.....	Codziennie/ kilka razy w tyg./ okazjonalnie/prawie wogóle		
Stosowane używki: papierosy/ alkohol	Alkohol/ papierosy/ inne (jakie?)				
	codziennie	....x tyg.	okazjonalnie	Szklanka.....	Litry.....



Słodzisz? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?	Czym: cukier/ ksylitol/ stewia/fruktoza/ cukier trzcinowy/ inne: jakie? .....		Na szklanke: ..... łyżeczki	
Jakie pieczywo spożywasz?	Jasne/tostowe/ciemne/razowe/graham/ pełnoziarniste/ mieszane/ częściej jasne/ Inne: .....			
Czym się kierujesz przy zakupie pieczywa?	Skład	Cena	Kolor	Inne
Jak często spożywasz kasze, makarony, ryż, płatki musli, owsiane	Kasza drobnoziarnista/ pęczak/ kasza gryczana/ jaglana/ inna.....		Jak często?	Lubię/ Nie lubię  Spróbuję/ niespróbuję
	Makaron biały/ pełnoziarnisty/ orkiszowy/ inny .....			
	Ryż biały/ basmati/jasminowy/ paraboiled/ dziki/ brązowy/inny .....			
	Ziemniaki			
	Płatki owsiane/ orkiszowe			
	Nesquik/ musli kupne/ crunch/ inne			
Spożywasz produkty mączne?	Kluski/ pierogi/ pyzy/ knedle i podobne .(jakie?) .....			
Czym smarujesz pieczywo?	Masło/ margaryna/benecol/ itp./ smalec/ majonez/ ketchup/ sosy gotowe/ inne jakie? .....			
Jak często jadasz warzywa?	Codziennie 4-5 porcji	Codziennie 1-2 porcje	1x 2 dni	Rzadziej niż 1x 2 dni Ile? .....
	Lubię najbardziej:			



	Nie lubię:			
Jak często jadasz owoce?	Codziennie 2-3 porcje	Codziennie 1-2 porcji	1x 2 dni	Rzadziej niż 1x 2 dni Ile?.....
	Lubię najbardziej:			
	Nie lubię:			
Jak często spożywasz mleko, przetwory mleczne, sery?	Mleko krowie 0,5/1,5/2,0/3,2		Jak często?	Lubię/ Nie lubię  Spróbuję/ nie spróbuję
	Mleko kozie			
	Mleko kokosowe/ sojowe/migdałowe/ inne .....			
	Jogurty naturalne/ grecki/ desery mleczne/ activia owocowa/danone/ jogobella/bakoma/fantazja/ jogurty pitne/ inne			
	Maślanka naturalna/ owocowa/...			
	Kefiry aturalna/ owocowe			
	Twarożki na słodko/ na słono			
	Sery żółte/ topione/plesniowe/ feta/mozarella/ kozie/inne			
	.....			
Jak często spożywasz jaja?	lubię	Nie lubię	Nie jem	Unikam
	1xtyg./ 2-3x tyg./ 4-5x tyg. 7 i więcej...../ 1x2tyg./ rzadziej/ w ogóle			
Jakie najczęściej spożywasz mięsa?	Kurczak: ze skóra/ bez skóry/ częściej : pałki/skrzydła/ piersi..... Wieprzowina: karkówka/schab/topatka/żeberka/polędwica/ inne..... Wołowina: antrykot/ligawa/polędwica/topatka/karkówka..... Królik / kaczka/ gęś/ inne.....			
W jaki sposób jest ono przyrządzane?	Najczęściej: smazone bez panierki ( ile łyżek oleju.....)/ smazone w jajku// jajko + Mąka/ jajko+ bułka/ jajko+maka+bułka/ duszenie/ przenie/ pieczenie/ podlewanie: tłuszczem/ bez tłuszczu/gotowanie/ gotowanie na parze/ odsmażanie/ inne..... .....			



Używany tłuszcz do smażenia i na zimno	Do smażenia: kujawski/ rzepakowy/słonecznikowy/palma/oliwa/ Smalec/ masło/ masło klarowane/ Inne .....	Na zimno do sałat: ten sam co do smażenia/ tłoczony na zimno/nierafinowany rzepakowy: rzepakowy/oliwa virgin/ inny .....	
Jakiego rodzaju wędliny jesz i jakie ilości?	Szynki: rodzaj.....  %mięsa sprawdzam/ nie sprawdzam	Jak często?	Lubię/nie lubię  Spróbuję/ Nie spróbuję
	Kabanosy	Jak często?	Lubię/nie lubię  Spróbuję/ Nie spróbuję
	Parówki	Jak często?	Lubię/nie lubię  Spróbuję/ Nie spróbuję
	Pasztesy	Jak często?	Lubię/nie lubię  Spróbuję/ Nie spróbuję
	Boczek	Jak często?	Lubię/nie lubię Spróbuję/ Nie spróbuję
	Kiełbasy polska i inne	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 jakich ilościach?	Ryby	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	1x tyg./ 2xtyg./częściej/ rzadko/ 1x mc/ 2x mc/1x2tyg./.....	
	Owoce morza	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	1x tyg./ 2xtyg./częściej/ rzadko/ 1x mc/ 2x mc/1x2tyg./.....	
	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/ spróbuję/ nie spróbuję
	Pstrąg	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	Dorsz	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	Tuńczyk	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	Makrela	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	Śledź	Lubię/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję
	Inne: panga/ mintaj /.....	
Czy jesz zupy? Jakie najchętniej? Jak często?	Lubię zupy/ Nie lubię/ spróbuję/ nie spróbuję	
	Zaciagam- zagęszczam: mąką/śmietaną/zasmażka/ inne .....	
	Pomidorowa/ ogórkowa/rosół/grochówka/fasolowa/inne.....	
Jak często jadam rośliny strączkowe?	1x tyg./ 2xtyg./częściej/ rzadko/ 1x mc/ 2x mc/1x2tyg./.....	
	Lubię: bób/ fasola biała/czerwona/ konserwowa/groszek zielony/groszek konserwowy/soja/ soczewica/ ciecierzycyca/.....	
	Nie Lubię: bób/ fasola biała/czerwona/ konserwowa/groszek zielony/groszek konserwowy/soja/ soczewica/ ciecierzycyca/.....	
Jak często występują orzechy, nasiona, owoce suszone?	Orzechy	lubie/ nie lubie/ spróbuję/ nie spróbuję
	Codziennie/ 1x2 dni/ 1x tydz./ 2x tyg./ częściej/ żadko/ 1x mies./2x mies/ 1x 2tyg.	
	Orzeszki solone/ w czekoladzie/laskowe/ pistacje/włoskie/ nerkowce// migdały/ Archaidowe/ brazylijskie/ inne .....	
	Pestki dyni/ słonecznika/ inne .....	
	Owoce suszone	lubie/ nie lubie/ nie próbował/ spróbuję
	Codziennie/ 1x2 dni/ 1x tydz./ 2x tyg./ częściej/ żadko/ 1x mies./2x mies/ 1x 2tyg.	
	Śliwki/ morele/żurawina/ daktyle/figi /gryszki / banany / jabłka/ owoce goji /jagody Acai / inne .....	



Preferowany smak potraw	Słodki / słony / ostry / ziołowy / mocno doprawione / słabo doprawione / delikatny
Jakich przypraw używasz w kuchni?	Vegeta / maggi / kucharek / kostki rosółowe /gotowe mieszanki przypraw /sos sojowy / naturalne przyprawy / świeże zioła / duzo soli / mało soli Jaka sól? .....
Produkty, z których nie jesteś w stanie zrezygnować?	
Produkty, których nie lubisz?	
Kto w domu gotuje? Dla ilu osób	
Lubisz spędzać czas na przygotowywaniu potraw?	
Jak często pojawia się aktywność fizyczna? Jak często są treningi?	1x tyg./ 2xytg./częściej/ rzadko/ 1x mc/ 2x mc/1x2tyg./..... Nie ćwiczę / nie mogę znaleźć czasu / nie mogę się zmobilizować / od zawsze Ćwiczę/ lubię ćwiczyć / lubię aktywność
Jak długo trwa trening?	1 godz. /1,5 godz./ 2 godz. ....
Jakiego rodzaju jest to trening?	Oporowy/ siłowy / wytrzymałościowy / wytrzym. – siłowy / aerobowy / beztlenowy/ Interwał/ ćwiczę z trenerem/ zajęcia w grupie/ ćwiczę w domu/ biegam / rower/ Nordic walking/ rower stacjonarny/ skakanka/ płyty video / taniec/ jazda konna/ Inne .....
	Najbardziej lubię:





Ulubiona aktywność	Najbardziej nie lubię:
W jakim odstępie czasu jesz przed treningiem? I co najczęściej?	Na 2 godz. przed/ 1 godz. przed/ ½ godz. przed/ nie jem/ nie zwracam na to uwagi
W jakim odstępie czasu jesz po treningu?	Do ½ godz. po/ do 1godz. po/ 2 godz. po/ nie jem juz nic/ nie zwracam na to uwagi.
Napoje wypijane w trakcie treningu?	Woda/ izotonik/ inne ..... Ilość: .....
Wyniki badań	Data badania: _____ Data dostarczenia wyniku: _____
Cisnienie	
Cholesterol całkowity	
Cholesterol frakcji HDL	
Cholesterol frakcji LDL	
Triglicerydy	
Glukoza na czczo	
Insulina na czczo	
Glukoza w doustnym teście po 2 godz.	
Hemoglobina glikowana	
Krzywa insulinowa	



Hemoglobina	
Hematokryt	
FE	
Kwas moczowy	
GFR	
TSH	
Co chcę otrzymać- zaznacz.	Jadłospis / zalecenia / konsultację
Inne uwagi:	

.....

podpis