



Wywiad żywieniowy/ dzieci

Imię i nazwisko dziecka															
Adres e-mail: telefon															
Nazwisko opiekuna															
Wzrost i waga	Wzrost: Waga:														
Wiek															
Obwód brzucha															
Obwód bioder															
	O której godzinie wstajesz?														
	O której godzinie chodzisz spać?														
O której godzinie spożywasz swoje posiłki? Śniadanie Śniadanie II Obiad Podwieczorek Kolacja	<table border="1"><thead><tr><th>Pn</th><th>Wt</th><th>Śr</th><th>Czw</th><th>Pt</th><th>Sb</th><th>N</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sb	N							
Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sb	N									
	Czy spożywasz posiłki na mieście? Co najczęściej wybierasz?														
	Czy obiad zjadasz w domu?														
	Czy uprawiasz sport? Jaki i ile?														
	Co dojadasz między posiłkami?														
	Ile wody pijesz dziennie?														



	Jakich owoców nie lubisz?
	Jakich warzyw nie lubisz?
	Czy pijesz soki i napoje? Jakie?
	Twoje ulubione potrawy?

Kwestionariusz dla rodziców

Cel wizyty/ czego Pan/ Pani oczekuje od dietetyka?	
Czy poród odbył się drogą naturalną?	
Czy dziecko było karmione naturalnie?	
Czy dziecko łąpie częste infekcje?	
Alergie pokarmowe/ wziewne?	
Niepokojące dolegliwości (bóle głowy, bóle brzucha inne...)	
Przyjmowane leki:	
Przyjmowane suplementy diety:	
Kiedy dziecko spożywało ostatno antybiotyki?	
Czy występują problemy skórne? (pokrzywka, egzema, łuszczyca, świąd, wysypka, trądzik)- gdzie/ miejsca na ciele	
Wypróżnienia częstotliwość.	



Czy zapach stolca jest wyjątkowo nieprzyjemny?	
Czy dziecko ma regularny tryb wypróżniania? (zaparcia, biegunki)	
Czy u dziecka występują częste wzdęcia, gazy?	
Czy dziecko ma częste infekcje dróg moczowo- płciowych?	
Jakiego tłuszczu używają państwo do smażenia potraw?	
Jakie techniki kulinarne stosują państwo w kuchni domowej?	Zaprawianie zup, sosów, gotowanie, smażenie, grilowanie, duszenie, inne... Jakie?
Proszę wymienić składniki żywieniowe, które Państwa dziecko lubi i spożywa/w poszczególnych grupach	Warzywa: Owoce: Mięso: Nabiał: Owoce/ warzywa suszone: Rosliny strączkowe: Napoje:
Jakie słodycze i w jakiej ilości Państwa dziecko spożywa? Dienne:	



Ile razy w ciągu dnia lub tygodnia Państwa dziecko spożywa warzywa?	
Ile razy w tygodniu Państwa dziecko spożywa ryby?	
Kiedy w ciągu dnia Państwa dziecko spożywa najwięcej posiłków (rano, w południe, popołudniu, wieczorem, przed snem):	
Z jakich produktów spożywczych Państwa dziecko nie jest w stanie zrezygnować?	
Czy wśród najbliższych członków rodziny występuje problem nadwagi, otyłości? Jeśli tak to u kogo z rodziny?	
Czy Państwa dziecko uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole? (Jeśli nie to jaka jest przyczyna?)	
Czy dziecko uprawia sport poza szkołą? Ile razy w tygodniu, po ile minut?	
Skąd dowiedział się Pan/ Pani o Studiu Dietetyki Klinicznej i Biorezonansu IMPULS?	

.....

Podpis rodzica

.....

data