

DANE PACJENTA

Imię:.....

Nazwisko:.....

e-mail:.....

wiek (lat ukończonych):.....

AKTUALNA MASA CIAŁA:

AKTUALNY WZROST:

CHOROBY/BADANIA

- otyłość
 - refluks
 - nadciśnienie
 - miażdżyca
 - dyslipidemie
 - choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy (niepotrzebne skreślić)
 - choroba niedokrwienna serca
 - cukrzyca t1
 - cukrzyca t2
 - osteoporoza
 - nowotwór (jaki?.....)
 - nieswoiste zapalenie jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego/ choroba Leśniowskiego-Crohna (niepotrzebne skreślić)
 - IBS (zespół jelita drażliwego)
 - anemia: z niedoboru żelaza/witB12/kwasu foliowego (niepotrzebne skreślić)
 - niedoczynność tarczycy/Hashimoto
 - zespół policystycznych jajników (PCOS)
 - inne choroby autoimmunizacyjne
 - wzdęcia
 - zaparcia
 - biegunka
 - inne:.....
-

Stosowane LEKI i SUPLEMENTY:.....

.....

.....

.....

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH (morfologia, lipidogram, sód, potas, glukoza i insulina na czczo, TSH, ASPAT, ALAT, kreatynina, kwas moczowy, wit D3 lub inne):

ALERGIE / NIETOLERANCJE POKARMOWE (jeśli TAK, to jakimi testami były sprawdzane, czy była konsultacja lekarska/ diagnoza lekarska?)

(food intolerance)

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> gluten | <input type="radio"/> jabłka |
| <input type="radio"/> mleko | <input type="radio"/> seler |
| <input type="radio"/> laktoza | <input type="radio"/> inne:..... |
| <input type="radio"/> soja | |
| <input type="radio"/> białko jaja kurzego | |
| <input type="radio"/> żółtko jaja kurzego | |
| <input type="radio"/> orzechy | ŹLE TOLEROWANE PRODUKTY I |
| <input type="radio"/> ryby | OBJAWY:..... |
| <input type="radio"/> krewetki | |
| <input type="radio"/> pszenica | |
| <input type="radio"/> żyto | |
| <input type="radio"/> truskawki | |
| <input type="radio"/> pomidory | |

HISTORIA RODZINY I STYL ŻYCIA

W tygodniu o której Pan/Pani:

- wstaje:.....
- kładzie się spać:.....

W weekend o której Pan/Pani:

- wstaje:.....
- kładzie się spać:.....

Jaki rodzaj pracy wykonuje Pan/Pani (siedzący/ chodzący/ stojący/ mieszany/ fizyczny)?

.....

Czy ma Pan/Pani regularne godziny pracy? O której wraca Pan/Pani do domu?

.....

- Czy gotuje Pan/Pani sam/sama?
.....
- Czy w pracy jest możliwość podgrzania posiłku?
.....

- Czy korzysta pan/pani ze stołówki pracowniczej?

.....

WYWIAD ŻYWIENIOWY

- *Jaka jest Pana/Pani aktywność fizyczna w ciągu tygodnia?*

.....

- *Szczególnie lubiane produkty:*

.....

.....

- *Nielubiane produkty:*

.....

.....

- *Ile jest średnio posiłków w dniach pracujących?*

.....

- *Ile jest średnio posiłków w weekend?*

.....

- *Czy i jak często podjada Pan/Pani między posiłkami?*

.....

- *Ile razy w tygodniu spożywane są nasiona roślin strączkowych? Które i w jakiej postaci najczęściej są spożywane?*

.....

.....

.

- *Ile razy w tygodniu spożywane są ryby? Które i jak najczęściej są przyrządzone?*

.....

.....

- *Ile posiłków w ciągu dnia zawiera mleko i/lub produkty mleczne?*

.....

.....

- *Ile razy w tygodniu spożywane jest mięso: jakie i jak najczęściej jest ono przyrządzane?*

.....

.....

- *Ile razy w tygodniu są spożywane jaja? W jakiej postaci?*

.....

- *Jaki olej i do jakich posiłków jest spożywany w ciągu dnia?*

.....

- *Jakie inne tłuszcze są spożywane w ciągu dnia (masło/margaryna/smalec itp.)?*

.....

- *W ilu posiłkach w ciągu dnia występują warzywa? Jaką część dania stanowią one na talerzu?*

.....

- *Czy w ciągu dnia przeważają warzywa w postaci surowej czy gotowanej?*

.....

- *W ilu posiłkach w ciągu dnia występują owoce?*

.....

- *Czy w ciągu dnia występują poniższe produkty? W jakich posiłkach i w jakiej ilości?*

** płatki owsiane górskie/ płatki owsiane łamane/ płatki kukurydziane/ płatki czekoladowe, cytrynowe, z miodem/ muesli z dodatkami/ crunchy*

.....

.....

** chleb pszenny/ żytni/ razowy/ graham/ bułki pszenne/ grahamki*

.....

.....

** kasza jaglana / kuskus/ kasza pęczak/ kasza gryczana / kasza jęczmienna / kasza manna/ makaron zwykły / makaron z semoliny/ ryż biały/ ryż brązowy/ ryż basmati/ paraboild/ dziki*

.....

.....

** ziemniaki wczesne/ późne/ średnie*

.....

.....

- *Ile szklanek wody wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

- *Ile szklanek herbaty wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

- *Ile szklanek kawy wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

○ Czy słodzi Pan/Pani herbatę/kawę? Ile łyżeczek?

.....

○ Ile szklanek napojów słodkich gazowanych/soki wypija Pan/Pani w ciągu dnia? Co to jest najczęściej?

.....

○ Czy w ciągu dnia zjada Pan/Pani coś słodkiego? Co to jest najczęściej?

.....

○ Czy w tygodniu jada Pan/Pani w restauracjach typu fast-food?

.....

○ Jak często w tygodniu zdarza się Panu/Pani sięgać po słone przekąski typu chipsy, paluszki, orzeszki ziemne?

.....

○ Jakie przyprawy są stosowane?

.....

○ Jak często pije Pan/Pani alkohol? Jaki i w jakich ilościach?

.....

○ Czy pali Pan/Pani papierosy? Ile w ciągu dnia?

.....

Wyrażam zgodę na podany wyżej (strona 1) kontakt mailowy z dietetykiem, Patrizią Polańską-Drejer

.....

Data, czytelny podpis

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że żadna informacja dotycząca mojego stanu zdrowia nie została pominięta.

.....

Data, czytelny podpis

Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię dietetyka Patrizię Polańską-Drejer o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, wszelkich dolegliwościach, które pojawiły się w trakcie stosowania diety.

.....

Data, czytelny podpis