

Wywiad żywieniowy

BARDZO PROSZĘ O RZETELNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA/WYWIADU ŻYWIENIOWEGO.
TO NIEZBĘDNE BYM MOGŁA SKUTECZNIE POMÓC I USTALIĆ WŁAŚCIWE ZALECENIA.

1. Imię i Nazwisko							
2. Adres email/telefon							
3. Wiek							
4. Wzrost i masa ciała							
5. Obwód brzucha							
6. Obwód bioder							
7. Ile posiłków dziennie Pan/Pani spożywa?							
8. Wykonywany zawód							
9. Godziny pracy (podaj godziny pracy dla każdego dnia tygodnia)	PN	WT	ŚR	CZW	PT	SB	NDZ
10. Czy uprawia Pan/Pani regularnie sport? Jeśli tak to jaki i jak często?							
11. Czy je Pan/Pani pomiędzy posiłkami? Jeśli tak to co i w jakich sytuacjach?							
12. Jak często je Pan/Pani słodczy? Jakie?							
13. Ile płynów dziennie Pan/Pani wypija? Rodzaje płynów?							
14. Stosowane używki: papierosy, alkohol, kawa, mocna herbata? Ile dziennie? Jak często?							
15. Czy słodzi Pan/Pani napoje? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?							
16. Jakie pieczywo Pan/Pani spożywa?							
17. Czym smaruje Pan/Pani pieczywo?							
18. Jak często jada Pan/Pani warzywa? Jakie najczęściej? W jakiej postaci?							



19. Jak często jada Pan/Pani owoce? Jakie najczęściej?	
20. Preferowany smak potraw: słodki/słony/ostry /ziołowy	
21. Jakich przypraw używa Pan/Pani do przygotowywania posiłków?	
22. Produkty z których Pan/Pani nie jest w stanie zrezygnować?	
23. Produkty, których Pan/Pani nie lubi?	
24. Najczęściej spożywane rodzaje mięsa? W jaki sposób jest ono przyrządzane (smażenie/duszenie/gotowanie/inne)	
25. Czy je Pan/Pani zupy? Jakiej najczęściej? Jak często?	
26. Kiedy ma Pan/Pani największą ochotę na jedzenie?	
27. Czy są potrawy/produkty po których czuje się Pan/Pani źle?	
28. Czy aktualnie występują u Pana/Pani choroby/dolegliwości związane z przewodem pokarmowym?	
29. Czy przyjmuje Pan/Pani leki? Suplementy? Antykoncepcję hormonalną? Jeśli tak to jakie?	
30. Czy ma Pan/Pani alergie na pokarmy? Jeśli tak to na jakie?	
31. Jak często się Pan/Pani wypróżnia?	
32. Od kiedy ma Pan/Pani nadwagę?	



33. Czy stosował Pan/Pani diety odchudzające? Jakie?	
34. Z jakim efektem?	
35. Kiedy uczucie głodu było największe?	
36. Jak często jada Pan/Pani poza domem? Jakiego rodzaju są to posiłki?	
37. Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę?	
38. Ile chciałby Pan/Pani ważyć?	
39. Dlaczego chce Pan/Pani schudnąć? (dotyczy osób, które chcą schudnąć 😊)	
40. Wyniki badań	Proszę wpisać wartości poniższych parametrów oraz datę wykonywania badań
Ciśnienie tętnicze mm/Hg	O ile posiada się ciśnieniomierz 😊
Cholesterol całkowity mg/dl	
Cholesterol frakcji HDL mg/dl	
Cholesterol frakcji LDL mg/dl	
Trójglicerydy mg/dl	
Glukoza na czczo mg/dl	
Insulina	<ul style="list-style-type: none"> Po ustaleniu z dietetykiem, czy wykonywać 😊
Żelazo	<ul style="list-style-type: none"> Po ustaleniu z dietetykiem, czy wykonywać 😊
Kwas moczowy	<ul style="list-style-type: none"> Po ustaleniu z dietetykiem, czy wykonywać 😊

Dziękuję bardzo za wypełnienie wywiadu,
proszę o przesłanie wypełnionego formularza na adres mailowy:

kkowalcze@dietetopia.waw.pl

