



Kwestionariusz żywieniowy

Proszę o dokładne wypełnienie ankiety przed konsultacją dietetyczną, a także o przyniesienie wyników badań krwi i listę przyjmowanych leków i suplementów

Imię i Nazwisko

Wiek.....

Część 1. Styl życia, stan zdrowotny

Wykonywany zawód	
Charakter pracy (siedząca, umiarkowany ruch, dużo ruchu)	
Godziny pracy	
O której godzinie Pan/i wstaje?	
O której godzinie Pan/i chodzi spać?	
Wysypia się Pan/i?	
Czy uprawia Pan/i aktywność fizyczną.?	
Jaki rodzaj.?	
Ile godzin?	
Jak często?	

Stwierdzone choroby	
Czy w rodzinie występują jakieś choroby? (Cukrzyca, nowotwory,.. itp?)	
Czy występuje u Pana/ Pani alergia? Jeśli tak na co?	
Czy występuje u Pana/ Pani nietolerancja pokarmowa?	
Występują u Pana/ Pani dolegliwości związane z przewodem pokarmowym.?	wrzody żołądka /jelita/ H.Pylori/ Zgaga/ wzdęcia /gazy / biegunki/ zatwardzenie/ zespół jelita drażliwego / hemoroidy /wycięty pęcherzyk/ inne:.....
Jak często Pan/i się wpyróżnia	co 2-3 dni / codziennie/ 2 razy dziennie/ częściej/ rzadziej
Czy obserwuje Pan/i jakieś dolegliwości zdrowotne?	
Czy obserwuje Pan/i jakieś dolegliwości estetyczne np. nadmierne owłosienie, trądzik..	
Proszę ocenić jak radzi Pani sobie ze stresem od 1 do 10	
Czy przeszedł/przeszła Pan/ Pani jakieś operacje/ zabiegi?	

Część 2. Nawyki żywieniowe

1. Ile posiłków Pan/i je codziennie

[1-2] [3-5] [więcej niż 5]

2. Kiedy zazwyczaj je Pan/i śniadanie

[tuż po wstaniu], [30 min- 1 godz. Po wstaniu], [2-3 godziny po wstaniu], [w ogóle nie jem śniadań]

3. Co Pan/i zazwyczaj jada na śniadanie?

.....
.....

4. Co Pan/i zazwyczaj jada na obiad?

.....
.....

5. Co Pan/i zazwyczaj jada na podwieczorek?

.....
.....

6. Co Pan/i zazwyczaj jada na przekąskę?

.....
.....

7. Co Pan/i zazwyczaj jada na kolację?

.....
.....

8. Kiedy Pan/i je kolację

[3-4 godz. Przed snem], [1-2 godz. Przed snem], [tuż przed snem], [nie jem kolacji]

9. Czy posiłki są jadane o tych samych porach

TAK/ NIE

10. Podjada Pan/i między posiłkami / w nocy

TAK/ NIE

11. Co Pan/i je pomiędzy posiłkami?

[nie jem niczego] [owoce] [warzywa] [słodczyce] [ciasto] [czekoladę] [słone przekąski] [wędliny]

12. Często spożywa Pani słodycze? (czołada, ciastka, batoniki, landrynki, żelki..)

[nie jem] [okazjonalnie] [1-2 razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [co 2 dzień] [codziennie] [kilka razy dziennie]

13. Często spożywa Pani fast foody (frytki, hamburgery, kebab, pizza, hot-dog...)

[nie jem] [okazjonalnie] [1-2 razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [co 2 dzień] [codziennie] [kilka razy dziennie]

14. Często spożywa Pani słone przekąski (krakersy, paluszki, orzeszki solone, chipsy)

[nie jem] [okazjonalnie] [1-2 razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [co 2 dzień] [codziennie] [kilka razy dziennie]

15. Czy wszystkie posiłki przygotowywane są w domu?

TAK/ NIE

16. Sam/a przygotowuje Pan/i posiłki?

TAK/ NIE

17. Ma Pan/i czas na gotowanie?

TAK/ NIE

18. Proszę zaznaczyć z jakiego sprzętu używa Pan/Pani do przygotowania posiłków

Piekarnik/ blender ręczny/ blender kielichowy/ sokowirówka/ parowar/ thermomix/ toster/ opiekacz/
gofrownica/ frytownica/frytownica beztłuszczowa/ wolnowar/ mikser/ inne

19. Czy korzysta Pan/i z mikrofalówki?

TAK/ NIE

20. Czy spożywa Pan/i mrożonki?

[nie korzystam] [gotowe produkty; pizza, pierogi.. itp] [warzywa] [owoce] [ryby]

21. Spożywa Pan/i produkty "do zalania" takie jak fixy, pomysł na, sosy z paczki, zupki chińskie, gorące kubki itd.?

TAK/ NIE

22. Spożywa Pan/i ketchup, majonez, lub inne sosy?

TAK/ NIE

23. Czy używa Pan/ Pani przypraw typu Maggi, Vegeta, kucharek, kostki rosołowe?

TAK/NIE

24. Jak często spożywa Pan/i warzywa?

[nie jem w ogóle] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie] [kilka razy dziennie]

25. Jak często spożywa Pan/i owoce?

[nie jem w ogóle] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie] [kilka razy dziennie]

26. Czy spożywa Pan/i makarony/ kasze/ ryż/ ziemniaki / płatki owsiane/

27. Jak często spożywa Pan/i pieczywo?

[nie jem w ogóle] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie] [kilka razy dziennie]

28. Jakie pieczywo Pan/i spożywa?

Pszenne/ graham/ żytnie/ wieloziarniste/ z ziarnami/ IG/ bezglutenowy

29. Co najczęściej wybiera Pan/i do pieczywa?

[chude wędliny, szynki, polędwice] [kiełbasę, parówkę, pasztet, salami, szynka wieprzowa] [ser żółty, ser topiny, mozzarella] [twarogi, serki śmietankowe] [pasty warzywne/ vege] [warzywa] [jajka] [ryby]

30. Czym smaruje Pan/i pieczywo?

.....

31. Jak często spożywa Pan/i nabiał (mleko, ser, jogurt..itp)?

[nie jem w ogóle] [kilka razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie] [kilka razy dziennie]

32. Jakie produkty mleczne Pan/i spożywa?

[mleko] [maślanka/ kefir] [jogurt naturalny] [sery twarogowe, mozzarella, feta] [ser żółty, ser topiony, sery pleśniowe] [jogurty owocowe, desery mleczne]

33. Jak często spożywa Pan/i jajka

[nie jem w ogóle] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie]

34. Jak często spożywa Pan/i ryby ?

[nie jem w ogóle] [rzadko] [1-2 razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu]

35. Jak często spożywa Pan/i mięso?

[nie jem w ogóle] [kilka razy w miesiącu] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie]

36. W jakiej postaci spożywa Pan/i mięso?

Smażonej/ pieczonej/ duszonej/ gotowanej

37. Jakie mięso najczęściej Pan/i spożywa?

Kurczak/ indyk/ królik/ wieprzowina/ wołowina

38. Jak często spożywa Pan/i warzywa strączkowe (groszek, soczewica, fasola)?

[nie jem w ogóle] [rzadko] [1-2 razy w tygodniu] [kilka razy w tygodniu] [codziennie] [2 razy dziennie]

39. Jakie orzechy i inne superfoods spożywa Pan/i?

Orzechy włoskie/ laskowe/ ziemne/ brazylijskie/ nerkowca/ pekan

Orzechy solone/ w panierce/ w przyprawach/ orzechy z miodem/ w czekoladzie

Siemię lniane/ pestki dyni/ słonecznik/ jagody goi/ żurawina/ suszone śliwki/ suszone morele/ daktyle/ figi/ spirulina/ jagody acai/ awokado

40. Proszę napisać jakich produktów Pan/i nie lubi

.....
.....

41. Jeśli są jakieś produkty, po których czuje się Pan/i źle proszę napisać jakie

.....
.....

42. Jaki używa Pan/i tłuszcz do smażenia?

.....

43. Jaki tłuszcz używany jest na zimno (np. do sałatek)?

.....

44. Ile szklanek płynów dziennie wypija Pan/i?

woda - szkl herbata- szkl. kawa-szkl

Słodkie napoje (nesteá, tymbark) -..... szkl. Sok 100% - szkl.

Słodkie napoje gazowane (cola, fanta, sprite...) - szkl. Energetyki - szt.

45. Czy sódzi Pan/i herbatę, kawę i inne napoje (cukrem, miodem, sódzikiem, syropem)

TAK/ NIE

46. Jak często pije Pan/i alkohol?

[w ogóle nie piję] [okazjonalnie] [1-2 razy w miesiácu] [raz w tygodniu] [w weekendy] [codziennie]

47. Pali Pan/i papierosy?

TAK/ NIE

Przyjmowane leki

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmowane suplementy

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje ogólne

1. Konsultacja dietetyczna nigdy nie zastępuje porady lekarskiej
2. Dietetyk nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikające z nieodpowiedniego stosowania się do zaleceń żywieniowych. Pacjent jest świadomy iż niestosowanie się przez niego lub tylko częściowe przestrzeganie zaleceń może mieć negatywny skutek na stan zdrowia- dietetyk nie ponosi za to odpowiedzialności.
3. Wszystkie materiały, które pacjent otrzymał od dietetyka są objęte prawami autorskimi, mogą one być wykorzystywane tylko na użytek własny. Wszelkie kopiowanie, udostępnianie, rozpowszechnianie bez pisemnej zgody autora (dietetyka) jest zabronione.
4. Pacjent szanując czas i pracę dietetyka jaki poświęcił na opracowanie i dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjenta nie będzie rozpowszechniał przekazanych mu materiałów. Zalecenia/ indywidualny jadłospis zostały przygotowane na podstawie wywiadu zdrowotnego, żywieniowego oraz wyników badań. Przekazując innym plan żywienia/ zalecenia można wyrządzić szkodę.
5. Wszelkie informacje, które dietetyk uzyskuje w trakcie świadczenia usług pacjentowi objęte są tajemnicą i nie są przekazywane osobom trzecim.

OŚWIADCZENIE

Udział w konsultacjach dietetycznych, a także stosowanie zalecanej diety jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność pacjenta. Jeżeli uczestnik/ stosujący ma wątpliwości co do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do uczestniczenia w konsultacji dietetycznej, stosowania zaleceń dietetycznych należy zasięgnąć opinii lekarza. Zaleca się, aby przed zastosowaniem jakiegokolwiek programu dietetycznego zacyzerpnąć porady swojego lekarza.

.....
Data i podpis