**ANKIETA ŻYWIENIOWO-LEKARSKA PACJENTA**

1. Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

1. Data urodzenia:

|  |
| --- |
|  |

1. Płeć:

|  |
| --- |
|  |

1. Pomiary antropometryczne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Masa ciała [kg]: |  | Obwód klatki  piersiowej [cm]: |  |
| Wysokość ciała [cm]: |  |
| Obwód talii [cm]: |  | Obwód bioder [cm] – kobiety:  Obwód brzucha w pępku [cm] : |  |
| Obwód uda [cm]: |  | Obwód łydki [cm]: |  |
| Obwód ramienia [cm]: |  | Obwód  przedramienia [cm]: |  |

1. Jednostki chorbowe/zaburzenia metaboliczne:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Leki i suplementy diety, które obecnie przyjmujesz:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Przebyte choroby/operacje:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Alergie pokarmowe **IgE-zależne** (P.S. Nie uznaję testów na „nietolerancje pokarmowe” IgG-zależnych. Wszystkie liczące się towarzystwa immunologiczne i alergologiczne odradzają robienie testów IgG):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Nietolerancje pokarmowe (enzymatyczne: nietolerancja laktozy, nietolerancja fruktozy)?

|  |
| --- |
|  |

1. Pytania do kobiet:
2. Czy masz regularnie miesiączki? Co ile dni?

|  |
| --- |
|  |

1. Czy jesteś obecnie w ciąży?

|  |
| --- |
|  |

1. Czy karmisz obecnie piersią?

|  |
| --- |
|  |

1. Czy przechodzisz obecnie menopauzę?

|  |
| --- |
|  |

1. Czy wypróżniasz się regularnie? Czy występują problemy z wypróżnieniami? Np. biegunki, zaparcia, uciążliwe wzdęcia?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Skóra, paznokcie, włosy – czy coś się dzieje, co budzi Twój niepokój?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Samopoczucie – jak się czujesz na co dzień? Czy towarzyszy Ci nadmierne zmęczenie, senność, a może często zdarzają się osłabienia? Jak myślisz, co może być przyczyną obecnego stanu?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Gotowanie - czy potrafisz gotować, czy lubisz gotować, jak często gotujesz i na ile w skali od 1 do 10 oceniasz swoje umiejętności kulinarne?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Jaką kwotę przeznaczasz na żywność w ciągu miesiąca na jedną osobę w gospodarstwie domowym? (np. 400-500 zł, 800-1000 zł, więcej?)

|  |
| --- |
|  |

1. Przygotowujesz posiłki tylko dla siebie czy dla rodziny?

|  |
| --- |
|  |

1. Jaki rodzaj pracy wykonujesz? Praca siedząca, mieszana czy fizyczna?

|  |
| --- |
|  |

1. W jakich godzinach pracujesz? Czy masz pracę zmianową? Jeśli tak to napisz proszę przedział godzinowy pracy zmianowej i opisz jak to wygląda u Ciebie.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. W jakich godzinach masz przerwy w pracy?

|  |
| --- |
|  |

1. O której godzinie wstajesz rano w tygodniu? Po jakim czasie od obudzenia się zjadasz śniadanie?

|  |
| --- |
|  |

1. O której godzinie spożywasz zazwyczaj obiad? Czy jadasz go w domu, czy w pracy?

|  |
| --- |
|  |

1. O której godzinie spożywasz ostatni posiłek (przekąski typu jabłko to też posiłek)?

|  |
| --- |
|  |

1. O której godzinie kładziesz się spać?

|  |
| --- |
|  |

1. Ile razy w ciągu tygodnia uprawiasz aktywność fizyczną? (Bieganie, jazda na rowerze, trening siłowy itd.) W jakich godzinach zazwyczaj jest trening?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Ile posiłków w ciągu dnia spożywasz? (Przekąski typu jabłko to też posiłek)

|  |
| --- |
|  |

1. Czy spożywasz alkohol? Jak często w skali miesiąca?

|  |
| --- |
|  |

1. Co zazwyczaj jadasz/lubisz jeść na śniadanie? Podaj 5 przykładów:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Co zazwyczaj jadasz/lubisz jeść na obiad? Podaj 5 przykładów:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Co zazwyczaj jadasz/lubisz jeść na kolację? Podaj 5 przykładów:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Co zazwyczaj jadasz w pracy? Podaj 5 przykładów:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Produkty zbożowe (makarony, kasze, ryż, pieczywo, mąki, płatki owsiane, płatki orkiszowe i inne) – jak często je jadasz i czy są jakieś produkty, których nie lubisz? Np. „Nie lubię kaszy gryczanej”.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Owoce – które owoce jadasz najczęściej i najbardziej lubisz?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Owoce – których owoców nie lubisz jeść i nie chcesz mieć w jadłospisie?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Warzywa – które warzywa jadasz najczęściej i najbardziej lubisz?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Warzywa – których warzyw nie lubisz jeść i nie chcesz mieć w jadłospisie?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Mięso – kurczak, indyk, kaczka, wołowina, wieprzowina itd. – jak często jadasz mięso na skali tygodnia? Jakie jest Twoje ulubione?

Czy w ogóle chcesz mieć mięso w jadłospisie?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Jaja – jak często spożywasz jaja w skali tygodnia? Czy lubisz jeść jajka pod każdą postacią? (Jajko na miękko, na twardo, sadzone itd.)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Nabiał/produkty mleczne – jak często spożywasz produkty mleczne w skali tygodnia? Które produkty jadasz najczęściej?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Nabiał/produkty mleczne – czy są jakieś produkty mleczne których nie lubisz jeść? (Np. kefir, serek wiejski, twaróg, ser żółty, słone sery kozie itd.)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Ryby i owoce morza – jak często jadasz ryby i owoce morza? Czy są ryby i owoce morza, które lubisz jeść najbardziej? Opisz swoje odczucia.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Ryby i owoce morza – czy są produkty z tej grupy, których nie lubisz jeść i nie chcesz mieć w jadłospisie?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Nasiona, pestki i orzechy – jakie produkty lubisz? Czy są produkty z tej grupy, których nie lubisz jeść? (np. lubię jeść wszystkie orzechy, ale nie lubię słonecznika).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Czy używasz cukru? Czy zamienników?

|  |
| --- |
|  |

1. Czy pijesz kawę? Ile kaw dziennie spożywasz, czy dodajesz cukier oraz mleko?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Jak często jadasz Fast-foody i jakie wybierasz najczęściej? (Np. raz w tygodniu, burger).

|  |
| --- |
|  |

1. Czy są potrawy, których nie lubisz jeść i nie chcesz mieć w diecie? (Np. spaghetti, gulasz mięsny, leczo, owsianka, naleśniki z serem itd.)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Ile wody dziennie wypijasz w litrach? (Samej wody, bez kawy, herbaty, zup, itd.)

|  |
| --- |
|  |

1. Jak często jadasz słodycze i słone przekąski? Jakie produkty wybierasz najczęściej?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Czy zajadasz stres, emocje?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Jakie są Twoje oczekiwania wobec współpracy ze mną?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Wolisz pracować ze mną przy pomocy przygotowanego indywidualnie jadłospisu z opisanymi posiłkami, przepisami oraz listą zakupów czy może wygodniej będzie dla Ciebie pracować na podstawie schematu żywieniowego, który określa ilość i grupy produktów z których możesz korzystać, ale nie zawiera przepisów?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Jeśli jest jeszcze coś, co chcesz mi przekazać i jest dla Ciebie ważne to tutaj jest na to miejsce:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Wyposażenie gospodarstwa domowego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Piekarnik | * Blender | * Sokowirówka |
| * Patelnia grillowa | * Thermomix/Lidlomix | * Grill elektryczny |
| * Garnek do gotowania na parze | * Mikser | * Toster |
| * Parowar | * Gofrownica | * Wolnowar |
| * Inne: | | |

1. Aktualne wyniki badań krwi (przepisz ważne informacje lub wklej zdjęcia bez danych osobowych takich jak np. numer pesel):