

.....
miejsowość, data

WYWIAD KLINICZNO-ŻYWIENIOWY

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres email:	
Telefon kontaktowy:	

Cel wizyty:

Zdiagnozowane choroby:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 1 | <input type="checkbox"/> Celiakia |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 2 | <input type="checkbox"/> Reumatoidalne Zapalenie Stawów |
| <input type="checkbox"/> Insulinooporność | <input type="checkbox"/> Łuszczyca |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> Nowotwór (jaki:)) |
| <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> PCOS |
| <input type="checkbox"/> Choroba Gravesa-Basedowa | <input type="checkbox"/> Choroby zapalne jelit |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia lipidowe | <input type="checkbox"/> Choroby nerek |
| <input type="checkbox"/> Choroba refluksowa | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie | <input type="checkbox"/> Inne: |

Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brak | <input type="checkbox"/> Zgaga |
| <input type="checkbox"/> Biegunki | <input type="checkbox"/> Wzdęcia |
| <input type="checkbox"/> Zaparcia | <input type="checkbox"/> Odbijanie |
| <input type="checkbox"/> Bóle brzucha | |
| <input type="checkbox"/> Inne: | |

Inne dolegliwości (problemy skórne, wypadanie włosów itp.):

Przyjmowane leki:

Przyjmowane suplementy:

Zabiegi operacyjne/urazy (w ostatnim roku).....

Alergie pokarmowe:

Alergie wziewne:

Nietolerancje pokarmowe:

Kłopoty ze snem: tak nie

Praca (siedząca/fizyczna/zmianowa/stresująca):

Plan dnia (orientacyjne godziny snu, posiłków, pracy, aktywności itp.).....

.....

.....

Aktywność fizyczna:

brak okazjonalna regularna

Jaki rodzaj aktywności fizycznej:

Jak często/w jakim wymiarze godzin:

Czy masz przeciwwskazania do wysiłku fizycznego?

Diety:

Jaka była Twoja minimalna i maksymalna waga/kiedy:.....

Czy stosujesz/stosowałeś/łaś diety odchudzające: tak nie

Jeśli tak, to jakie/jak długo:

.....

Na jakiej diecie miałeś/łaś najlepsze efekty:

Co było przyczyną przerwania diety/diet:

.....

Nawyki żywieniowe:

Jaki są Twoje ulubione pokarmy/potrawy?

.....

Jakich pokarmów unikasz w swojej diecie?

.....

Czy jadasz śniadania?

Ile godzin przed snem spożywasz ostatni posiłek?

Czy zdarza Ci się podjadać w nocy?

Czy jadasz na mieście? Jak często?.....

Czy jadasz słodkie lub inne słodkie lub słone przekąski? Jak? Jak często?

.....

Co pijesz w ciągu dnia (woda/soki/słodkie napoje)? Jak? W jakich ilościach?

.....

Kawa/herbata – ile dziennie/jaki rodzaj/jakie dodatki?

.....

Jak długie są odstępy między posiłkami?

Czy zdarza Ci się pomijać jakiś posiłek? Jaki?

Czy podjadasz między posiłkami?

Czy używasz przypraw typu Vegeta, Maggi, dań z proszku, gotowych sosów, ketchupu, majonezu itp.? Jak często?

Czy pijesz alkohol? Jaki, jak często, w jakich ilościach?

Czy palisz papierosy? Jak dużo?

Jak często jadasz mięso? Jakie? W jakiej ilości?

Jak często jadasz ryby? Jakie? W jakiej ilości?

Jakie tłuszcze używasz do przygotowywania potraw/smażenia?

Czy są posiłki po których czujesz się źle?

Kiedy masz największą ochotę na jedzenie?

Czy zdarza Ci się jeść pod wpływem emocji/smutku?

(dotyczy kobiet) Czy jesteś w ciąży?

(dotyczy kobiet) Czy karmisz piersią?

(dotyczy kobiet) Czy w najbliższym czasie planujesz ciążę?

Czy są jakieś inne informacje jakie chciałybyś/łbyś przekazać?

.....

.....

☞ Udostępniony przez Ciebie adres email oraz numer telefonu będzie służył jedynie do kontaktu w ramach podjętej współpracy dietetycznej lub przesłania informacji o nowościach i promocjach. Twój adres email lub numer telefonu nie zostanie udostępniony, ani odsprzedany osobom trzecim.

Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na podany przeze mnie adres email lub numer telefonu.

Niniejszym potwierdzam także, iż wszystkie przekazane przeze mnie informacje, w tym, dotyczące mojego stanu zdrowia, zapisane w powyższym Wywiadzie kliniczno-żywnościowym, są zgodne ze stanem rzeczywistym. Oświadczam również, iż znany jest mi regulamin poradni dietetycznej MEDIQA i akceptuję postanowienia w nim zawarte.

.....

data i podpis Pacjenta