………………………………………………..

miejscowość, data

**WYWIAD KLINICZNO-ŻYWIENIOWY**

Dane pacjenta:

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

Cel wizyty: ………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zdiagnozowane choroby:

|  |  |
| --- | --- |
| * Cukrzyca typu 1 | * Celiakia |
| * Cukrzyca typu 2 | * Reumatoidalne Zapalenie Stawów |
| * Insulinooporność | * Łuszczyca |
| * Hashimoto | * Astma |
| * Niedoczynność tarczycy | * Nowotwór (jaki: ………………………………………) |
| * Nadczynność tarczycy | * PCOS |
| * Choroba Gravesa-Basedowa | * Choroby zapalne jelit |
| * Zaburzenia lipidowe | * Choroby nerek |
| * Choroba refluksowa | * Osteoporoza |
| * Nadciśnienie | * Inne: ……………………………………………..……… |

Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Brak * Biegunki | * Zgaga | |
| * Zaparcia | * Wzdęcia | |
| * Bóle brzucha | * Odbijanie | |
| * Inne: …………………………………….… |  | |
|  | |

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

Przyjmowane leki: …………………………………………………………………………………………………………………………..............

Przyjmowane suplementy: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Alergie pokarmowe: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Alergie wziewne: …………………………………………………………………………………………………………………………................

Nietolerancje pokarmowe: …………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| * tak | * nie |

Kłopoty ze snem:

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:………….……………………..………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| * tak | * nie |

Czy stosujesz/stosowałaś/łeś diety odchudzające:

Jeśli tak, to jakie/jak długo: …………………………………………..……………….…………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………….

Na jakiej diecie miałaś/łeś 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 słodycze lub inne słodkie lub słone przekąski? Jakie? Jak często? …………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Co pijesz w ciągu dnia (woda/soki/słodkie napoje)? Jakie? 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 chciałabyś/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-żywieniowym, 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