

## DANE PACJENTA

Imię:.....

Nazwisko:.....

e-mail:.....

AKTUALNA MASA CIAŁA:

AKTUALNY WZROST:

## CHOROBY/BADANIA

- otyłość
- refluks
- nadciśnienie
- miażdżyca
- dyslipidemie
- choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy (niepotrzebne skreślić)
- choroba niedokrwienna serca
- cukrzyca t1
- cukrzyca t2
- osteoporoza
- nowotwór (jaki?.....)
- nieswoiste zapalenie jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego/ choroba Leśniowskiego-Crohna (niepotrzebne skreślić)
- IBS (zespół jelita drażliwego)
- anemia: z niedoboru żelaza/witB12/kwasu foliowego (niepotrzebne skreślić)
- niedoczynność tarczycy/Hashimoto HYPOTHYROIDISM
- zespół policystycznych jajników (PCOS)
- inne choroby autoimmunizacyjne
- wzdęcia BLOATING
- zaparcia CONSTIPATION
- biegunka
- inne:.....

.....

Stosowane LEKI i SUPLEMENTY:.....

.....

.....

.....

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

## ALERGIE / NIETOLERANCJE POKARMOWE (food intolerance)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gluten              | <input type="checkbox"/> pszenica   |
| <input type="checkbox"/> mleko               | <input type="checkbox"/> żyto       |
| <input type="checkbox"/> laktoza             | <input type="checkbox"/> truskawki  |
| <input type="checkbox"/> soja                | <input type="checkbox"/> pomidory   |
| <input type="checkbox"/> białko jaja kurzego | <input type="checkbox"/> jabłka     |
| <input type="checkbox"/> żółtko jaja kurzego | <input type="checkbox"/> seler      |
| <input type="checkbox"/> orzechy             | <input type="checkbox"/> inne:..... |
| <input type="checkbox"/> ryby                | .....                               |
| <input type="checkbox"/> krewetki            | .....                               |

## HISTORIA RODZINY I STYL ŻYCIA

W tygodniu o której Pan/Pani/dziecko:

- wstaje:.....
- kładzie się spać:.....

W weekend o której Pan/Pani/dziecko:

- wstaje:.....
- kładzie się spać:.....

Dla os. dorosłej:

Jaki rodzaj pracy wykonuje Pan/Pani (siedzący/ chodzący/ stojący/ mieszany/ fizyczny)?

.....

Czy ma Pan/Pani regularne godziny pracy? O której wraca Pan/Pani do domu?

.....

- Czy gotuje Pan/Pani sam/sama?

.....

- Czy w pracy jest możliwość podgrzania posiłku?

.....

- Czy korzysta pan/pani ze stołówki pracowniczej?

.....

Dla dziecka:

- W jakich godzinach dziecko spędza czas w przedszkolu/szkole?

.....

- Czy korzysta ze stołówki?

.....

## WYWIAD ŻYWIENIOWY

- *Jaka jest Pana/Pani/dziecka aktywność fizyczna w ciągu tygodnia?*  
.....
- *Szczególnie lubiane produkty:*  
.....  
.....
- *Nielubiane produkty:*  
.....  
.....  
.....
- *Ile jest średnio posiłków w pon-pt?*  
.....
- *Ile jest średnio posiłków w weekend?*  
.....
- *Czy i jak często podjada Pan/Pani/dziecko między posiłkami?*  
.....
- *Ile razy w tygodniu spożywane są nasiona roślin strączkowych? Które i w jakiej postaci najczęściej są spożywane?*  
.....
- *Ile razy w tygodniu spożywane są ryby? Które i jak najczęściej są przyrządzone?*  
.....  
.....
- *Ile posiłków w ciągu dnia zawiera mleko i/lub produkty mleczne?*  
.....  
.....  
.....
- *Ile razy w tygodniu spożywane jest mięso: jakie i jak najczęściej jest ono przyrządzane?*  
.....  
.....
- *Ile razy w tygodniu są spożywane jaja? W jakiej postaci?*  
.....
- *Jaki olej i do jakich posiłków jest spożywany w ciągu dnia?*  
.....
- *Jakie inne tłuszcze są spożywane w ciągu dnia (masło/margaryna/smalec itp.)?*  
.....

○ *W ilu posiłkach w ciągu dnia występują warzywa? Jaką część dania stanowią one na talerzu?*

.....

○ *Czy w ciągu dnia przeważają warzywa w postaci surowej czy gotowanej?*

.....

○ *W ilu posiłkach w ciągu dnia występują owoce?*

.....

○ *Czy w ciągu dnia występują poniższe produkty? W jakich posiłkach i w jakiej ilości?*

*\* płatki owsiane górskie/ płatki owsiane łamane/ płatki kukurydziane/ płatki czekoladowe, cynamonowe, z miodem/ muesli z dodatkami/ crunchy*

.....

.....

*\* chleb pszenny/ żytni/ razowy/ graham/ bułki pszenne/ grahamki*

.....

.....

*\* kasza jaglana / kuskus/ kasza pęczak/ kasza gryczana / kasza jęczmienna / kasza manna/ makaron zwykły / makaron z semoliny/ ryż biały/ ryż brązowy/ ryż basmati/ paraboild/ dziki*

.....

.....

*\* ziemniaki wczesne/ późne/ średnie*

.....

.....

○ *Ile szklanek wody wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

○ *Ile szklanek herbaty wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

○ *Dla os. dorosłej: Ile szklanek kawy wypija Pan/Pani w ciągu dnia?*

.....

○ *Czy sładzi Pan/Pani/dziecko herbatę; czy sładzi Pan/Pani kawę? Ile łyżeczek?*

.....

○ *Ile szklanek napojów słodkich gazowanych/soki wypija Pan/Pani/dziecko w ciągu dnia? Co to jest najczęściej?*

.....

○ *Czy w ciągu dnia zjada Pan/Pani/dziecko coś słodkiego? Co to jest najczęściej?*

.....  
○ Czy w tygodniu jada Pan/Pani/dziecko w restauracjach typu fast-food?

.....  
○ Jak często w tygodniu zdarza się Panu/Pani/dziecko sięgać po słone przekąski typu chipsy, paluszki, orzeszki ziemne?

.....  
Dla os dorosłej:

○ Jak często pije Pan/Pani alkohol? Jaki i w jakich ilościach?

.....  
○ Czy pali Pan/Pani papierosy? Ile w ciągu dnia?

.....  
Wyrażam zgodę na kontakt mailowy (podany powyżej) z dietetykiem Patrizią Polańską-Drejer

.....  
*Data, czytelny podpis*

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że żadna informacja dotycząca mojego stanu zdrowia nie została pominięta.

.....  
*Data, czytelny podpis*

Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię dietetyka Patrizię Polańską-Drejer o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, wszelkich dolegliwościach, które pojawiły się w trakcie stosowania diety.

.....  
*Data, czytelny podpis*