

WYWIAD DIETETYCZNY

Imię i nazwisko	
Dane kontaktowe (tel, email)	
Rodzaj wykonywanej pracy	
Godziny pracy	
Cel wizyty	
Data urodzenia	
Masa ciała	
Wzrost	

W tabeli poniżej proszę wpisać informacje o swoim stanie zdrowia oraz czy wymienione zaburzenia występowały w najbliższej rodzinie.

Stan zdrowia	
Alergie	
Nietolerancje pokarmowe	
Cukrzyca/wysoki cukier	
Insulinooporność	
Miażdżyca/ wysoki poziom cholesterolu	
Nadciśnienie	
Choroby serca (niewydolność, zawały)	
Nerki (kamienie, wycięta, osłabiona)	
Tarczycza (niedoczynność, nadczynność, Hashimoto, Basedova, AZT, wycięta) Czy są przyjmowane leki na tarczycę?	
Wątroba (otłuszczona, niewydolność, zapalenie)	
Nowotwory	
Kości (osteoporoza, złamania) (w rodzinie?)	

Skóra (trądzik, nadpotliwość)	
Choroby autoimmunologiczne (RZS, SM, toczeń, łuszczy-ca, bielactwo, AZS)	
Inne	
Choroby układu pokarmowego	
Wrzody żołądka/jelita	
Helicobacter pylori	
Choroba refluksowa	
Zgaga (po czym, jak często)	
Wzdęcia (po czym? jak często?)	
Gazy (po czym? jak często?)	
Hemoroidy	
Zespół jelita drażliwego	
Pęcherzyk żółciowy (kamie- nie, wycięty)	
Zabiegi/operacje	
Odporność - jak często chorujesz? Ile razy w skali roku?	
Wypróżnienia - czy są regularne? jak często?	
Czy występują zaparcia lub biegunki?	
Czy stosowane są środki wspomagające wypróżnienie?	
Obciążenia genetyczne (choroby w rodzinie?)	
Czy śpisz regularnie? Czy się wysypiasz? Ile godzin na dobę? Czy masz jakieś problemy ze snem? Jakież?	

Czy miesiączkowanie jest regularne? Jak długie? Obfite? Bolesne?	
Zaburzenia hormonalne?	
Libido?	
PCOS	
Antykoncepcja?	
Czy jesteś w ciąży?	
Narodziny (cesarskie cięcie/siłami natury)	
Czy byłeś/aś karmiony piersią czy naturalnie?	
Czy w dzieciństwie byłeś chorowity?	
Przebyte antybiotykoterapie <ul style="list-style-type: none"> • kiedy była ostatnia • jak często się zdarzają 	
Jakie i w jakim okresie nastąpiły zmiany masy ciała?	
Odporność na stres (w skali 1-10)	
Jakie jest twoje ogólne samopoczucie?	

Przyjmowane leki i suplementy		
Nazwa	W jakim celu?	Dawka
Witamina D3		

Wywiad żywieniowy			
Pożądana masa ciała			
Dotychczasowe diety (z jakim efektem?)	Dieta	Kiedy, ile czasu?	Efekty?
Jedzenie a stres (objadanie się, czy niejedzenie)			
Największa chęć na jedzenie (kiedy w ciągu dnia?)			
Potrawy, po których czuję się źle			
Liczba posiłków w ciągu dnia			
Godziny posiłków	Śniadanie (gdzie?): II śniadanie (gdzie?): Obiad (gdzie?): Podwieczorek (gdzie?): Kolacja (gdzie?):		
Spadek energii - po jakich posiłkach?			
Jadłospis			
Jak często spożywasz produkty z wymienionych grup? Jakie to są produkty? Czego nie lubisz/ nie jadasz?			
Słodycze			
Fast food			
Gotowe dania			
jedzenie poza domem			
Płyny (woda, herbata, soki, kawa)			
Słodzenie (czego używasz do słodzenia?)			
Pieczyno (czego używasz do smarowania?)			
Kasze (jakie?)			
Ziemniaki			
Makarony (jakie?)			

Płatki zbożowe (jakie?)	
Ryż (jaki?)	
Potrawy mączne (jakie?)	
Warzywa (jakie?)	
Owoce (jakie?)	
Mleko i przetwory mleczne (jakie?)	
Jaja	
Mięso (jakie?)	
Tłuszcz do smażenia (jaki?)	
Tłuszcz na zimno (jaki?)	
Wędliny (jakie?)	
Ryby (jakie?)	
Zupy (jakie?)	
Strączkowe (jakie?)	
Orzechy (jakie?)	
Nasiona (jakie?)	
Alkohol	
Uwagi	
Preferowany smak potraw	
Z czego nie mogę zrezygnować?	
Nielubiane potrawy	
Kto gotuje? Ile czasu przeznaczy na gotowanie?	
Sposób przygotowywania potraw (gotowanie, na parze, smażenie, duszenie, pieczenie)	

Aktywność fizyczna	
Rodzaj aktywności fizycznej	Jak często? Jak długo?