**ANKIETA** – przed wizytą u dietetyka, *Wypełnienie tej ankiety pozwoli ocenić styl życia i sposób żywienia*

**Imię i nazwisko: Data urodzenia:**

**Telefon kontaktowy: Adres e-mail:**

Jaki jest Pani/Pana wykonywany zawód?

Opisz ogólnie swoją pracę: Czy jest to praca siedząca, przy komputerze, stojąca, w samochodzie? Czy jest to praca zmianowa? W jakim systemie? Czy jest zmiana nocna?

Ile dni w tygodniu Pan/Pani pracuje?

Czy pracując ma Pan/Pani przerwę na posiłek? Jak długą?

Czy praca jest dla Pana/Pani stresująca?

Czy stosował Pan/Pani kiedykolwiek diety odchudzające lub inne ? - Jaka dieta i z jakiego powodu?

- Jak długo była stosowana? Jakie były efekty?

Czy występują u Pana/Pani alergie pokarmowe?

Jak często występują wypróżnienia? Raz dziennie, dwa razy dziennie, raz na dwa dni, raz na tydzień? Nieregularnie?

Czy występują zaparcia, biegunki?

Czy zdarzają się Panu/Pani wzdęcia po posiłkach, zgagi, odbijania lub uczucie przelewania? Jeśli tak to po jakich posiłkach?

Ile posiłków dziennie Pan/Pani spożywa?Czy spożywa Pani posiłki o stałych porach?

Jakie są odstępy między posiłkami (ile godzin mija między kolejnymi posiłkami)?

Proszę podać o jakich porach spożywa Pan/Pani główne posiłki : śniadanie obiad kolacja

Czy spożywa Pan/Pani przekąski między posiłkami? Jeśli tak to jakie i ile razy dziennie?

Co Pan/Pani jada zwykle na śniadanie?

Co Pan/Pani jada zwykle na obiad?

Co Pan/Pani jada zwykle na kolacje?

Czy odczuwa Pan/Pani głód po przebudzeniu?

W jakim czasie po przebudzeniu o spożywa Pan/Pani pierwszy posiłek?

Ile czasu przed snem spożywa Pan/Pani ostatni posiłek?

Ile godzin Pan/Pani śpi? Czy wybudza się w nocy?

Czy potrafi Pan/Pani żyć bez słodyczy?

Z ilu dań składa się obiad? Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser?

Czy po obiedzie musi Pan/Pani zjeść coś słodkiego?

Czy używa Pan/Pani przypraw typu ziarenka smaku, maggi, vegeta, rosołki? Jak często?

Jakie przyprawy najczęściej stosuje Pan/Pani w swojej kuchni?

Czy lubi Pan/Pani nabiał (mleko, sery: białe, żółte, pleśniowe, jogurty, kefiry) jeśli tak, to jakie? Podaj nazwę i zawartość tłuszczy, jeśli znasz:

Czy spożywa Pan/Pani produkty z białej mąki typu: białe pieczywo (bułki, rogale, chleb), kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy? Jakie jak często?

Czy jada Pan/Pani rośliny strączkowe (np. ciecierzyca, fasolka mung, adzuki, soczewica)? Jakie? Czy występują po ich zjedzeniu jakieś dolegliwości trawienne?

Czy jada Pan/Pani kasze, ryż brązowy? Jeśli tak to jakie? Ile razy w tygodniu?

Czy Pan/Pani sposób żywienia w weekendy różni się od codziennego?

Jakie techniki kulinarne Pan/Pani stosuje?

- gotowanie w wodzie - gotowanie na parze - duszenie - pieczenie - smażenie -grillowanie

Proszę podać produkty lub potrawy, których (ze względu na upodobania, przekonania, poglądy religijne, alergie, nietolerancje) nie chce Pani uwzględniać w swojej diecie?

Proszę podać kilka produktów/potraw, które Pan/Pani szczególnie lubi:

Proszę podać kilka produktów/potraw, których Pan/Pani szczególnie nie lubi:

Jakie potrawy Pan/Pani szczególnie preferuje? (słone, słodkie, gorzkie, pikantne, kwaśne)

Ile wypija Pan/Pani litrów/szklanek wody (nie smakowej) w ciągu dnia?

Ile wypija Pan/Pani kaw w ciągu dnia i ile łyżeczek cukru, z mleczkiem/śmietanką czy bez? Kawa rozpuszczalna/espresso/normalna z ekspresu/zaparzana?

Ile wypija Pan/Pani czarnych herbat w ciągu dnia, z cukrem czy bez?

Czy pija Pan/Pani alkohol? Jeśli tak to jaki? Jak często?

Jaki rodzaj tłuszczów najczęściej Pan/Pani spożywa?

- do smarowania pieczywa - do gotowania i smażenia - do sałatek

Czy spożywa Pan/Pani ketchup/majonez/sosy tatarskie i inne podobne? Jak często?

Czy spożywa Pan/Pani produkty typu fast-food?

Czy spożywa Pan/Pani produkty z torebek, do szybkiego przygotowania (wystarczy zalać)- sosy, zupy, fixy, płatki śniadaniowe? Jak często? Jakie?

Czy używa Pan/Pani produktów przetworzonych/mrożonych? Czy gotuje ze świeżych produktów?

Czy używa Pan/Pani produktów certyfikowanych ekologicznych? Jeśli tak to jakich?

Jak ocenia Pan/Pani swój obecny sposób odżywiania?

Czy Pan/Pani obecny sposób odżywiania opiera się na jakiś zasadach? zaleceniach? Jeśli tak to jakich?

Czy stosuje Pan/Pani suplementy diety lub witaminy?

Co skłoniło Pana/Panią do zmiany stosowania diety?

Czy na co dzień uprawia Pan/Pani jakiś sport, aktywność ruchową, jaką?

Czy spacer jest codziennie?

Jaka forma aktywności najbardziej Panu/Pani odpowiada?

Czy czuję się Pan/Pani dobrze ze swoją wagą? Jak szybko chce Pan/Pani schudnąć? Ile kg w jakim czasie?

**POMIARY CIAŁA:**

WZROST OBECNA WAGA

**ZDROWIE**

*Na konsultacje zabierz ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/medyczne/fizjoterapeutyczne*

Czy ma Pan/Pani jakieś dolegliwości zdrowotne/choroby przewlekłe? Jeśli tak to jakie? (opis dokładny poniżej)

Czy zażywa Pan/Pani leki przepisane przez lekarza? Jakie?

Czy w związku z chorobą stosowana była dietoterapia?

Czy był/była Pan/Pani hospitalizowana, jeśli tak to z jakiego powodu? Przebyte operacje? Jakie?

Czy ma Pan/Pani problem z kręgosłupem lub stawami? Jakie?

Czy jest Pan/Pani pod opieką przychodni specjalistycznej?

Czy ma Pan/Pani problemy z układem krążenia? Czy występuje nadciśnienie?

Czy cierpi Pan/Pani na cukrzyce? Jaki typ? Bierze Pani insulinę? Jaką? W jakim schemacie?

Czy cierpi Pan/Pani na choroby skóry?

Czy pali Pan/Pani papierosy? Ile?

Czy cierpi Pan/Pani na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?

Czy ma Pan/Pani alergię - pokarmową? Na jakie produkty?

 - wziewną? Na jakie substancje/pyłki?

 - kontaktową? Na co?

Czy ma Pan/Pani jakieś przeciwskazania do aktywności ruchowej?

* Pytania do Pań:

Czy ma Pani regularne miesiączki, jak długo trwają? czy są bolesne? Czy są problemy przed nadejściem okresu? Bolesne piersi?

Czy występują obfite upławy? Jakiego koloru?

Uwagi dodatkowe