

Data wizyty:

Wywiad żywieniowy

- *Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.
- **Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej, oraz iż zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
- ***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Poradni MedFood (tekst jednolity z dnia 01.08.2016r.) oraz że akceptuję jego treść.
- ****Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz medycznych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury dietoterapii – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r. Poz. 1182).
- *****Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwych do przewidzenia następstwach badania składu ciała metodą bioimpedancji oraz przeciwwskazaniach do jego wykonania i wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania, jeśli przeciwwskazania nie występują.
- ***** Wywiad dla uproszczenia zawiera odpowiedzi do zaznaczania. W polach przeznaczonych do zaznaczania wystarczy, że zaznaczysz odpowiedź. W polach przeznaczonych do uzupełnienia prosimy o uzupełnienie danych.
- *****W przypadku podpisu elektronicznego, przesłanego drogą elektroniczną, przynieś oryginał z podpisem na wizytę lub doślij.
- *****Wywiad zawiera 10 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług przez Poradnię.

Imię i Nazwisko					
PESEL	Miejsce zamieszkania/Adres		Obecna waga/wzrost		
Login skype (dotyczy konsultacji online)					
Telefon, dane do kontaktu	Nr		Godziny wygodne dla kontaktu telefonicznego :		
	Mail :		od rana do południa	cały dzień	po 16 - 17
Data urodzenia/wiek					
Powód wizyty – cel Dlaczego i po co chcesz wprowadzić zmiany?	Schudnąć/Przytyć	Dla zdrowia	Zmiana nawyków na lepsze	Dla kogoś dziecko/mąż/żona/rodzina/chłopak/dziewczyna	
Czy chcesz poprawić coś jeszcze?	Energię	Skórę/włosy/ paznokcie	Kondycję	Koncentrację	Zdrowie
Skąd wiesz o działalności MedFood?	Polecenie	Strona www	Fanpage na Facebook	ulotka	Inne:
Czego oczekujesz od dietetyka?					

Wykonywany zawód/status zawodowy	Uczeń/student/osoba pracująca/osoba nie pracująca/emeryt/rencista														
	Zawód :														
Charakter pracy	Siedząca				Umiarkowany ruch				Dużo ruchu						
Godziny pracy (podaj godziny pracy – jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz) w-wstają, s-sen	Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota		Niedziela		
	W	S	W	S	W	S	W	S	W	S	S	W	S	W	S
Zmiany (jeśli masz pracę zmianową) :	Ranna :				Popołudniowa :				Nocna :						
	W		S		W		S		W		S		W		S
Choroby alergiczne	Astma		Pyłki (jakie) :		Sierść/kurz		Pokarmy (jakie) :				Leki /inne :				
Od kiedy?															
Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?															
Nietolerancje pokarmowe	Mleko (laktoza)						Inne :								
Od kiedy?															
Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jaka?															
Ciąże (jeśli były)	Ilość : 1 / 2 / więcej (Ile?).....				Karmienie :		Kilogramy(+) w ciężarach :				Zrzucanie (czas): 1. 2. 3.				
					piersią										
					brak pokarmu		3.								
Miesiączka	regularnie				brak		nieregularnie				bolesna/inne				
Wiek pojawienia się miesiączki															
Choroby metaboliczne Czy cierpisz obecnie na którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń (schorzenie stwierdzone przez lekarza): ZDROWY – zaznacz gdy brak chorób	Choroba											Kiedy stwierdzona ?			
	Cukrzyca / wysoki cukier we krwi														
	Miażdżyca/ wysoki poziom cholesterolu we krwi														
	Nadciśnienie / zbyt niskie ciśnienie														
	Choroby serca : niewydolność / zawały/ inne :														
	Nerki : kamienie / wycięta / osłabiona / 1 aktywna (P/L)														
	Tarczycyca : niedoczynność / nadczynność / hashimoto / g-basedov / terapia jodem / wycięty płąt (który?)														

	Wątroba: otłuszczona /niewydolność przewlekła / zapalenie								
	Nowotwór : chemioterapia / jaki :								
	Kości : osteoporoza / RZS / częste złamania / reumatyzm								
	Skóra : nadpotliwość / łuszczyca / cellulit								
	Inne: migreny / przewlekły stres / depresja / bolesne miesiączki /trzustka /obrzęki/zatrzymywanie wody w organizmie								
	Inne choroby – wypisz wszystkie inne:								
Odporność na stres w skali 1 do 10 (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)									
Stan przewodu pokarmowego	wrzody żołądka / H.Pylori/ wrzody jelita/ Zgaga (po czym? w jakiej sytuacji) : refluks/ wzdęcia(ile razy na 7 dni tygodnia): /gazy / jelito drażliwe / hemoroidy /wycięty pęcherzyk / kamica (jaka?)								
Twój sposób narodzenia:	Poród naturalny				Cesarskie cięcie				
Czy byłeś/byłaś karmiony naturalnie mlekiem matki?	Tak	Tak, ale tylko przez krótki czas: Jaki?			Nie	Nie wiem			
Czy byłeś/byłaś chorowitym dzieckiem? (opisz czy to było częste, na co chorowałeś?)									
Czy przeszedłeś/przeszłaś dużo antybiotykoterapii? Ile mniej/więcej? Kiedy?									
Czy przeszedłeś/przeszłaś jakieś operacje/zabiegi? Jakie? Kiedy?									
Czy obecnie często się przeziębiasz/chorujesz?									
Jak oceniasz swoją odporność? (w skali 0-10) (1 bardzo mała, 10 bardzo duża)									
Czy masz plombę rtęciową? (Srebrne) Od kiedy?									
Czy masz tatuaże? Ile? Od kiedy?									
Jak często się wypróżniasz?	1 x	2 x	Więcej :	1x na	1x na	Rzadziej :	Zaparcia	biegunki	Krew/śluz

	dzień	dzień		2 dni	3 dni				
Czy stosujesz jakieś metody/środki wspomagające wypróżnianie?									
Czy znasz zalecenia dietetyczne związane z Twoją chorobą i czy się do nich stosujesz?			Tak (w jaki sposób?)				Nie : nie znam / nikt mi nie przedstawił/ nie interesuje mnie to		
Powyższe przypadki w rodzinie (obciążenie genetyczne)			Matka	Ojciec	Rodzeństwo	Babka	Dziadek		
Przyjmowane leki (nazwa, dawka, jak długo je przyjmujesz?)									
Przyjmowane suplementy									
Rytm snu			śpisz całą noc dobrze / budzę się : do 15 min. / powyżej 1 raz / kilka na noc/kilka razy w tygodniu / rzadko / podjada (co?) :						
Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą?			Tak		Nie		Inne:		
Zmiana m.c. w ostatnim półroczu/roku			W górę (ile?) :		W dół (ile?):		Bez zmian		
Od kiedy masz problem z wagą? (jeśli masz)			Ostatnie kilka miesięcy/ ostatni pół roku / ostatni rok / ostatnie 2-3 lata / ostatnie 5 lat / ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) :						
Optymalna waga?									
Waga w wieku 20 lat?									
Czy stosowałaś/stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne?			Jakie?			Jak długo ?		Efekt ?	Utrzymanie wagi?
Ile?									
Kiedy masz największą ochotę na jedzenie?			Rano do południa		Po pracy popołudniu		Wieczorem		Stres /nuda/TV/ Komputer/praca
Stres a jedzenie			Podjadanie		Brak apetytu			Brak zmian	
Czy są potrawy/produkty po których czujesz się źle?			Nie dotyczy/ Smażone / czosnek / cebula / fasola / słodczyce/ chipsy / inne :						
Ile posiłków dziennie spożywasz?			1 / 2 / 3 / 4 / 5 / ciężko określić / ciągle podjada						
Godziny posiłków i ich skład ?			Posiłek :	Godzina :	Skład :				

	S		
	II Ś		
	L		
	O		
	P		
	K		

Korzystasz z mikrofalówki?	Tak	Nie	Inne (np. tylko w pracy):	
Czy po posiłkach masz spadki energii?	Tak	Nie	Inne:	
Podjadasz pomiędzy posiłkami? Jeśli tak to co i w jakich sytuacjach?	Nie dotyczy / podjada (co i kiedy?) :			
	Między posiłkami / wieczorami/ w pracy / przy nauce / TV/ komputer / w nocy			
	Słodczyce (inne):			
	Jakie/ nazwa/ ilość	batony	Ciastka / kruche / wafle / cukierki	Ciasta kupne / piecze / owoce suszone
Słone (inne) :	Chipsy / chrupki	Orzeszki ziemne/ orzechy w polewie/ orzechy	Paluszki/ krakersy/ Sunbites/ Sucharki/ bakerolls	Wafle ryżowe/ Wasa / Paluszki błonnik
Spożywasz zupki typu "zupka chińska", "gorący kubek?"	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?
Spożywasz produkty "do zalania" takie jak fixy, pomysły na, sosy z paczki itd.?	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?
Spożywasz ketchup, majonez,	Tak	Nie	Od czasu do czasu (co ile?)	Jakie?

gotowe sosy?				
Jak często pojawiają się Fast-foody i jedzenie na mieście (restauracje itd.)?	1 x dzień/ częściej / raz na kilka dni / 1x na tydzień / 1x 2 tyg. / 1 mies. / rzadziej			
	Frytki / zapiekanki / hamburgery / hot-dogi / pizza / kebab / inne :			
	Restauracje/knajpy :			
Ile płynów dziennie wypijasz? Rodzaje płynów?	Woda źródłana / mineralna / kranowa/ smakowa			
	szklanki	litry	brak	Inne :
	Herbata : zwykła / owocowa / zielona/ czerwona/ ziołowa/ biała/ torebki /liście			
	szklanki	litry	brak	Inne :
	Kawa rozpuszczalna / parzona / ekspres / rozpuszcz./ zbożowa / inna			
	szklanki	litry	brak	Inne :
	Soki : jednodniowe / kartonowe / marchew / pomidor / wielowarzywny / pomarańcz / porzeczka / jabłko / multiwitamina/ Kubuś / inne :			
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szklanka/ 2/ 3/ litr/ inne
	Cola / fanta / pepsi / mirinda / energetyki / inne :			
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szklanka/ 2/ 3/ litr/puszka / inne
Stosowane używki: papierosy, alkohol	Inne (jakie i ile?) alkohol / papierosy			
	Codziennie / Kilka razy w tygodniu /Okazjonalnie / Prawie w ogóle			Ile ? Szklanka/ 2/ 3/ litr/puszka / inne
Słodzisz? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?	Czym ? cukier / ksylitol / stewia / słodziki / fruktoza / cukier trzcinowy / inne :			Ile na jedną szklankę ? 1 łyżeczka / 2 łyżeczki / 3 łyż. / więcej
Jakie pieczywo spożywasz?	Jasne/tostowe / ciemne / razowe /graham / pełnoziarniste / mieszane / częściej jasne / Inne :			
Czym się kierujesz przy zakupie pieczywa?	Skład	Cena	Kolor	Inne
Jak często spożywasz kasze, makarony, ryż, płatki musli, owsiane ?	Kasza drobnoziarnista/pęczak/gryczana /jaglana/inna.....		Jak często	Lubię/ni e lubię/ /spróbuj e/nie spróbuj ę :
	Makaron biały/pełnoziarnisty /orkiszowy/inny.....			
	Ryż biały/basmati/jaśminowy/paraboiled/ dziki/brązowy/inny.....			
	ziemniaki			
	płatki owsiane/orkiszowe			
	nesquik/musli kupne/crunche/inne.....			

Spożywasz produkty mączne?	Kluski/pierogi/pyzy/knedle i podobne mączne produkty?			Często?
Czym smarujesz pieczywo?	Masło /margaryna/benecol itp./smalec/majonez/ketchup/sosy gotowe/inne.....			
	Grubo/średnio/cienko/łyżeczka/łyżka			
Jak często jadasz warzywa? Jakie najczęściej? W jakiej postaci?	Codziennie 4-5 porcji/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2 dni/inne.....			
	Lubię najbardziej :			
	Nie lubię :			
Jak często jadasz owoce? Jakie najczęściej? W jakiej postaci?	Codziennie 2-3 porcje/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2 dni/inne.....			
	Lubię najbardziej :			
	Nie lubię :			
Jak często spożywasz mleko, przetwory mleczne, sery	Mleko 0,5%/1,5%/2%/3,2%/od krowy/kozie/kokosowe/sojowe/migdałowe/inne.....	Jak często		Lubię/nie lubię/spróbuj/spróbuję :
	Jogurty naturalny/grecki/desery mleczne,np. satino/activia owocowa/jogurty owocowe,np. danone/jogobella/bakoma itd./fantazja/jogurty pitne/inne	Jak często		
	Maślanka naturalna/owocowa/starciatella	Jak często		
	Kefiry naturalne/owocowe	Jak często		
	Twarożki,np. grani, twarogi na słodko/na słono	Jak często		
	Sery żółte/serki topione/sery długodojrzewające /pleśniowe/feta/mozarella/sery kozie/inne.....	Jak często		
Jak często spożywasz jaja?	Lubię	Nie lubię	Nie jem	Unikam
	1 w tygodniu/2-3 w tygodniu/4-5 w tygodniu/7 i więcej...../raz na 2 tyg./rzadziej/w ogóle			
Jakie najczęściej spożywasz mięsa?	Kurczak : ze skórą / bez skóry / częściej : pałki / skrzydełka / piersi Wieprzowina : karkówka / schab / łopatka / żeberka / polędwica / inne..... Wołowina : antrykot / ligawa / poledwica / łopatka / karkówka/..... Królik / kaczkę / gęś / inne			
W jaki sposób jest ono przyrządzane?	Przyrządzane najczęściej : smażone bez panierki (ile łyżek oleju.....)/ smażone w jajku/ jajko + mąka/ jajko +bułka/ jajko + mąka +bułka/ duszenie/prużenie /pieczenie :podlewanie tłuszczem/bez tłuszczu/ gotowanie/gotowanie na parze/ odsmażanie/inne			

Używany tłuszcz do smażenia i na zimno.	Używany tłuszcz do smażenia : kujawski/ rzepakowy / słonecznikowy/palma itp./oliwa/smalec/masło/masło klarowane/ inne:.....		
	Używany olej na zimno do sałat itd. : ten sam co do smażenia / tłoczony na zimno nierafinowany : rzepakowy / oliwa virgin / inny.....		
Jakiego rodzaju wędliny pojawiają się w diecie i jakie ilości?	Szynki : rodzaj..... % mięsa sprawdzam/nie sprawdzam		
	Kabanosy	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Parówki	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Pasztety	Jak często	Lubię/nie lubię/spróbuję/nie spróbuję :
	Boczek	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Kiełbasy polska itd.	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
	Konserwowe	Jak często	Lubię/nie lubię /spróbuję/ nie spróbuję :
Jak często pojawiają się ryby i owoce morza i w jakiej ilości?	Ryby	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
	1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....		
	Owoce morza	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję	
1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....			

	Smażę bez panierki / smażę w panierce / paluszki rybne / piekę w folii / piekę w piekarniku / duszę/ gotuję / gotuję na parze/.....	
Jaki rodzaj ryb?	Łosoś Pstrąg Dorsz Tuńczyk Makrela Śledź	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję
	Inne : panga / mintaj /.....	
Czy jesz zupy? Jakiej najchętniej?	Lubię zupy / nie lubię/ gotuję dla rodziny / nie gotuję	
Jak często?	Zaciąga- zagęszcza : mąka / śmietana / śmietanka / zasmażka / inne.....	
	Pomidorowa/ ogórkowa/ rosół / grochówka/ fasolowa/ inne.....	
Jak często występują strączkowe?	1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....	
	Lubię : bób / fasola biała / czerwona / konserwowa / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzycza /.....	
	Nie lubię : bób / fasola biała / czerwona / konserwowa / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzycza /.....	
Jak często występują orzechy, nasiona, owoce suszone ?	Orzechy	Lubię/nie lubię/ nie spróbuję/ spróbuję
	Codziennie / 1 na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....	
	Orzeszki solone / w czekoladzie / laskowe / pistacje / włoskie / nerkowce / migdały / arachidowe / brazylijskie / inne.....	
	Pestki dyni / słonecznika / inne.....	
	Owoce suszone	Lubi/nie lubi/ nie próbował/ spróbuje
	Codziennie / 1 na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....	
	Śliwki / morele / żurawina / daktyle / figi / gruszki / banany / jabłka / owoce goji / jagody acai / inne :.....	
Preferowany smak potraw:	słodki/słony/ostry/ziołowy/ mocno doprawione / słabo doprawione / delikatny	
Jakich przypraw używasz w kuchni?	Vegeta / maggi / kucharek / kostki rosółowe / gotowe mieszanki przypraw / sos sojowy / naturalne przyprawy / świeże zioła / dużo soli / mało soli	
Produkty z których nie jesteś w stanie zrezygnować?		
Produkty, których nie lubisz?		
Kto w domu gotuje? Dla ilu osób?		
Lubisz spędzać czas na przygotowywaniu potraw?		
Jak często pojawia się akt.fiz.? jak często są treningi?	Codziennie / 1 na 2 dni /1 w tyg. / 2 w tyg. / częściej / rzadko / 1 mies. / 2 mies. / 1 na 2 tyg./.....	
	Nie ćwiczę / nie mogę znaleźć czasu / nie mogę się zmotywować / od zawsze ćwiczę / lubię ćwiczyć / lubię aktywność	
Jak długo trwa trening?	Godzina / 1,5 godziny / 2 godziny /	
Jakiego rodzaju jest to trening?	Oporowy / siłowy / wytrzymałościowy / wytrz.- sił. / aerobowy /beztlenowy	

	/interwał / ćwicz z trenerem / zajęcia w klubie / zajęcia w grupie / ćwiczę w domu / biegam / nornic walking/ rower/ rowerek stacjonarny / skakanka / płyty, np. Chodakowska/ taniec / jazda konna / inne.....	
Ulubiona aktywność	Najbardziej lubię :	
	Najbardziej nie lubię :	
W jakim odstępie czasu jesz przed treningiem i co najczęściej?	Na 2 godziny przed / godzinę przed /pół godziny przed / nie jem / nie zwracam na to uwagi	
W jakim odstępie czasu jesz po treningu i co najczęściej?	Do pół godziny po / do godziny po / 2 godziny po / nie jem już nic / nie zwracam na to uwagi	
Napoje wypijane w trakcie treningu	Woda / izotonik / inne : Ilość	
Wyniki badań	Data badania :	Data dostarczenia wyniku :
Ciśnienie tętnicze		
Cholesterol całkowity		
Cholesterol frakcji HDL		
Cholesterol frakcji LDL		
Triglicerydy		
Glukoza na czczo		
Insulina na czczo		
Glukoza w doustnym teście po 2 godzinach		
Hemoglobina glikowana		
Krzywa insulinowa		
Hemoglobina		
Hematokryt		
Fe		
Kwas moczowy		
GFR		
TSH		
Co chcę otrzymać - zaznacz:	<u>Jadłospis/zalecenia/ konsultację</u>	
Inne uwagi:		

.....
Podpis*****
(wymagany)