

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 6 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															
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-wstając, 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 : Piersią		Kilogramy(+) w ciążach :				Zrzucanie (czas):					
							1.				1.					
							2.				2.					
					brak pokarmu		3.				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):	Choroba											Kiedy stwierdzona ?				
ZDROWY – zaznacz gdy brak chorób	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 płat (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 plomby rtęciowe? (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 (wymień wszystkie)										
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?										
Czy są potrawy/produkty po których czujesz się źle?			Nie dotyczy/ Smażone / czosnek / cebula / fasola / słodycze/ chipsy /seler/por 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:
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..... 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/ziółowy/ 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 zmobilizować / 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 / ćwicę w domu / biegam / nornic walking/ rower/ rowerek stacjonarny / skakanka / płyty, np. Chodakowska/ taniec / jazda konna / inne.....
W jakie dni najczęściej wykonujesz treningi (pon,wt,śr, czw,pt, sob, niedz). Podaj przybliżone godziny wykonywania treningu.	
Co chcę otrzymać - zaznacz:	<u>Jadłospis/zalecenia/ konsultację</u>
Inne uwagi:	

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