art Clinique

GRUPA LANGSTEINER

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY-ZDROWOTNY

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza **on-line** lub **pisemnie, drukowanymi literami** i zwrotne przesłanie kwestionariusza w formie pliku pdf./doc./skanów/zdjęć na adres e-mail: artclinique@artclinique.pl

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o szczególnej kategorii, tj. o stanie mojego zdrowia, przez Art Clinique w celach związanych z realizacją świadczenia usług dietetycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych nr 2016/679.

Jestem świadomy, że:

-administratorem moich danych wrażliwych, jest Art Clinique,
-przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją umowy o świadczenie usługi dietetyka klinicznego przez okres niezbędny dla świadczonej usługi oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Po tym czasie mogą podlegać archiwizacji,
-podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji świadczeń dietetycznych,
-mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Kwestionariusz ma na celu dostosowanie optymalnego sposobu żywienia dla Ciebie. Pamiętaj, rzetelnie wypełniony kwestionariusz, to połowa sukcesu!

Kwestionariusz zawiera 7 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług dietetycznych.

<table>
<tr><td colspan="3">Nazwisko i imię:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Adres zamieszkania (nieobowiązkowe):</td><td rowspan="2">Telefon kontaktowy:</td></tr>
<tr><td>Adres e-mail:</td><td>Data urodzenia:</td></tr>
<tr><td>Wysokość ciała [cm]:</td><td>Masa ciała [kg]:</td><td rowspan="2">Obwód bioder [cm]:*

Obwód brzucha [cm]:*</td></tr>
<tr><td colspan="2">Wykonywany zawód: (uczeń/student/osoba pracująca/osoba nie pracująca/emeryt/rencista)</td></tr>
<tr><td>Godziny pracy: (podaj godziny pracy – jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz)</td><td>Czy pracujesz zmianowo? (ranna/popołudniowa/nocna)</td><td>Charakter pracy (siedząca/ umiarkowany ruch/duży ruch)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Czy byłaś/eś wcześniej u dietetyka?</td></tr>
<tr><td colspan="3">Jaki jest Twój cel wizyty? Dlaczego chcesz wprowadzić zmiany? (schudnąć/przytyć, dla zdrowia, zmiana nawyków na lepsze, dla kogoś dziecko/mąż/żona/rodzina/chłopak/dziewczyna, cierpię na chorobę przewlekłą, wsparcie przez zabiegiem operacyjnym (prehabilitacja), inne…)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Czego oczekujesz od dietetyka klinicznego?</td></tr>
<tr><td>Czy uprawiasz regularnie sport?</td><td>Rodzaj uprawianego sportu:</td><td>Ile razy w tygodniu trenujesz? Pory treningów?</td></tr>
<tr><td colspan="3">Choroby alergiczne (astma, pyłki (jakie?), sierść/kurz, pokarmy (jakie?), leki, inne…)

Od kiedy? Czy była wykonywana diagnostyka?</td></tr>
<tr><td colspan="3">Choroby występujące w najbliższej rodzinie? (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Choroby genetyczne (czy występują w najbliższej rodzinie/jakie?)</td></tr>
</table>

Nietolerancje pokarmowe:		Czy była wykonywana diagnostyka?
Czy chorujesz na choroby przewlekłe, zaburzenia metaboliczne, choroby autoimmunologiczne? Jeśli tak, to jakie?		
Na jakie choroby cierpisz i od kiedy? *(np. cukrzyca, wysoki poziom glukozy we krwi; miażdżyca, wysoki poziom cholesterolu we krwi; choroby serca: niewydolność, zawały; nadciśnienie, niskie ciśnienie krwi; choroby nerek; choroby tarczycy; choroby trzustki; choroby wątroby; nowotwory; osteoporoza; depresja, nerwica; choroby neurologiczne; choroby układu pokarmowego; inne…)*		
Czy była stosowania u Ciebie radioterapia/chemioterapia/hormonoterapia/immunoterapia/leczenie chirurgiczne/leczenie celowane? *(pytanie dotyczy pacjentów onkologicznych)*		
Czy występują problemy skórne? *(np. wysypka, trądzik, egzema, łuszczyca, grzybica, opryszczka, owrzodzenia, atopowe zapalenie skóry, inne…)*		
Ciąże *(jeśli były)*:	Ilość ciąż: Ilość poronień:	Karmienie piersią *(tak/nie)*:
Miesiączka *(regularne, nieregularne, bolesne, brak, inne)*:		
Czy jesteś odporna/ny na stres?		Poziom stresu w skali (1-5): *1-b.mała, 5-b.duża*
Stan układu pokarmowego *(czy występuje np. zgaga, refluks, wrzody, H.Pylori, wzdęcia, gazy, nudności, wymioty, brak apetytu, problemy z przełykaniem, ból przy przełykaniu, brak śliny, wycięty pęcherzyk żółciowy, kamica (jaki rodzaj?), hemoroidy, jelito nadwrażliwe, SIBO, SIFO, IMO, choroby zapalne jelit, inne…)*:		
Czy korzystasz w doustnych suplementów pokarmowych (ONS) np. „nutidrinki"?		
Czy było stosowane u Ciebie leczenie żywieniowe? (żywienie dojelitowe/pozajelitowe/mieszane)?		
Jak często się wypróżniasz?	Czy stosujesz środki przeczyszczające?	Jakie środki przeczyszczające stosujesz?
Czy przechodziłaś/łeś zabiegi/operacje?	Jakie zabiegi/operacje? Kiedy?	
Czy przyjmujesz leki/suplementy/antykoncepcję hormonalną?	Jakie? *(nazwa, dawka, jak długo przyjmujesz)*	

Sposób Twoich narodzin *(naturalny, cesarskie cięcie)*:		Sposób karmienia *(naturalny, sztuczny)*:
Choroby występujące w dzieciństwie *(jakie i czy często występowały)*:		
Czy obecnie często chorujesz?	Jak oceniasz swoją odporność?	
Czy masz problemy ze snem? *(śpię dobrze całą noc, bezsenność, wybudzanie nocne, podjadanie w nocy, inne…)*		
Twoja masa ciała w wieku 20 lat:	Zmiany masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy:	Czy czujesz się dobrze ze swoją masą ciała?
Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę/niedowagę?		Czy masz problemy z utrzymaniem masy ciała?
Czy stosujesz/stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne/głodówki?	Z jakim efektem? *(opisz)*	
Ile posiłków dziennie spożywasz?	Pory posiłków w ciągu 24h:	
Czy są produkty/potrawy po których czujesz się źle? Jeśli tak, to jakie?		
Czy występują u Ciebie zaburzenia odżywiania? *(np. napadowe objadanie, niejedzenie ok. posiłków, głodzenie, inne…)*:		
Ile płynów dziennie wypijasz?	Rodzaje wypijanych płynów: *(woda: źródlana/mineralna/kranowa/smakowa; herbata: zwykła/owocowa/zielona/czerwona/ziołowa/biała/żółta/inna; kawa: rozpuszczalna/parzona/ekspres/rozpuszcz. zbożowa/inna; soki: jednodniowe/kartonowe/inne; Cola/Fanta/Sprite/energetyki/inne…)*	
Czy po posiłkach masz spadek energii?	Czy podjadasz między posiłkami? Co i w jakich sytuacjach?	
Jak często pojawiają się produkty typu fast-food, chipsy, słone przekąski w Twoim jadłospisie? *(frytki/zapiekanki/hamburgery/hot-dogi/pizza/kebab/inne…)*		

Czy występują używki?	Jak często? Jakie? *(papierosy, alkohol, słodycze, kawa w dużej ilości z dodatkami, mocna herbata, inne…)*:
Czy słodzisz napoje?	Czym i w jakich ilościach? *(cukier/ksylitol/stewia/słodziki/fruktoza/cukier trzcinowy, inne…)*
Jak często jesz warzywa? *(codziennie 4-5 porcji/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2)*	Jakie? W jakiej postaci?
Jak często jesz owoce? *(codziennie 2-3 porcje/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2)*	Jakie? W jakiej postaci?
Jakie pieczywo spożywasz? *(jasne/tostowe/ciemne/razowe/graham/pełnoziarniste/mieszane/inne…)*	Czym smarujesz pieczywo? *(masło/margaryna/benecol itp./smalec/majonez/ketchup/sosy, inne…)*
Jak często spożywasz kasze, makarony, ryż, płatki musli/owsiane? Jakie?*(kasza: drobnoziarnista/pęczak/gryczana /jaglana/inna; makaron: biały/pełnoziarnisty /orkiszowy/inny; ryż: biały/basmati/jaśminowy/paraboiled/ dziki/brązowy/inny; ziemniaki; płatki: owsiane/orkiszowe; nesquik/musli kupne/crunche/inne…)*	
Czy spożywasz produkty mączne? Jakie i ile? *(kluski/pierogi/pyzy/knedle/inne…)*	
Jak często spożywasz mleko, przetwory mleczne, sery, jogurty? Jakie? *(mleko: 0,5%/1,5%/2%/3,2%/krowie/kozie/roślinne (jakie?), inne; jogurty: naturalny/grecki/desery mleczne/jogurty owocowe; maślanka: naturalna/owocowa; kefiry: naturalne/owocowe; twarożki: na słodko/na słono; sery żółte/serki topione/sery długodojrzewające/pleśniowe/feta/mozarella/sery kozie/inne…)*	
Jakie najczęściej spożywasz rodzaje mięs? Jak jest przyrządzone? Ile razy w tygodniu? *(kurczak: ze skórą/bez skóry; częściej: pałki/skrzydełka/piersi; wieprzowina: karkówka/schab/łopatka/żeberka/polędwica/inne/; wołowina: antrykot/polędwica/łopatka/karkówka; królik; kaczka; gęś; inne…)*	
Jak często spożywasz jaja? *(1 w tygodniu/2-3 w tygodniu/4-5 w tygodniu/7 i więcej/raz na 2 tyg./rzadziej/w ogóle)*	Jakich przypraw używasz? Czy często? *(vegeta/maggi/kostki rosołowe/gotowe mieszanki przypraw/sos sojowy/naturalne przyprawy/świeże zioła/sól/pieprz/inne…)*

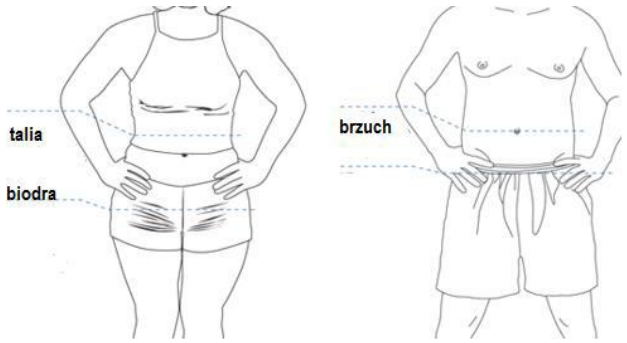
Jakie ryby i owoce morza spożywasz najczęściej? W jakiej postaci? *(łosoś/pstrąg/dorsz/tuńczyk/makrela/śledź/krewetki/kalmary/ostrygi; inne…)*	
Jak często jesz orzechy, nasiona, suszone owoce, strączki? Jakie? *(bób; fasola: biała/czerwona/konserwowa; groszek zielony/groszek konserwowy; soja /soczewica/ciecierzyca; orzeszki: solone/w czekoladzie/laskowe/pistacje/włoskie/nerkowce; migdały/arachidowe/brazylijskie; pestki; owoce suszone; inne…)*	
Jakiego tłuszczu używasz na zimno i do smażenia? *(oleje: rzepakowy/słonecznikowy/lniany/kokosowy/inne; oliwa/smalec/masło/masło klarowane; inne…)*	
Ulubione produkty i potrawy:	
Produkty i potrawy, z których nie jesteś w stanie zrezygnować?	
Produkty i potrawy, których nie lubisz?	
Preferowany smak potraw *(słodki, słony, ostry, ziołowy, inne…)*:	
Kiedy masz największą ochotę na jedzenie? W jakich sytuacjach?	
Lubisz gotować?	Kto w Twoim domu najczęściej gotuje?
Ile chciałabyś/chciałbyś ważyć?	Dlaczego chcesz schudnąć/przytyć/utrzymać masę ciała?
Wyniki badań *(mogą być dołączone w formie załącznika):* *(mogą być zlecone dopiero po konsultacji z dietetykiem)*	
Ogólne *(mogą być bezpłatnie zlecone przez lekarza w ramach POZ)*: UWAGA! O rodzaju wykonywanych badań decyduje lekarz! -morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, -morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, -odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), -poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c). -ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu, -ilościowe oznaczanie białka w moczu, -ilościowe oznaczanie glukozy w moczu, -badanie ogólne kału, -antygen H. pylori, -sód, potas, wapń zjonizowany, żelazo, stężenie transferyny, mocznik, kreatynina, glukoza, test obciążenia glukozą,	

białko całkowite, proteinogram, prealbumina, albumina, białko C-reaktywne (CRP), kwas moczowy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL, cholesterol-LDL, triglicerydy (TG), bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, fosfataza alkaliczna (ALP), aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGT), amylaza, kinaza kreatynowa (CK), fosfataza kwaśna całkowita (ACP), czynnik reumatoidalny (RF), miano antystreptolizyn O (ASO), hormon tyreotropowy (TSH), FT3, FT4, antygen HBs-AgHBs, VDRL ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, anty-CCP, -ciśnienie tętnicze krwi, kolonoskopia, gastroskopia.
Inne:
Czy przeszłaś/przeszedłeś dużo antybiotykoterapii? *(ile mniej/więcej? Kiedy?)*
Co chcesz otrzymać? *(ogólne zalecenia żywieniowe/szczegółowe zalecenia żywieniowe/zalecenia żywieniowe dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego/leczenia onkologicznego)*

Czy jest coś jeszcze, o czym powinnam wiedzieć?

……
……

** jak prawidłowo wykonać pomiary*



Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza !

……
Data i czytelny podpis