



CENTRUM ZDROWIA I URODY

mgr Klaudia Mroczkowska

Dietetyk kliniczny

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWO-ZDROWOTNY

Prośba o wypełnienie:

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza (**on-line** lub **pisemnie, drukowanymi literami**) i przesłanie go w formie pliku pdf./doc./skanów/zdjęć na adres: klaudiamroczkowska.dietetyk@gmail.com co najmniej **48h przed planowaną wizytą** – jego brak może skutkować anulowaniem lub zmianą terminu wizyty.

Wysyłając wypełniony formularz wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych w celu opracowania indywidualnych zaleceń dietetycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Nie ponoszę odpowiedzialności za efekty konsultacji w przypadkach podania nieprawdziwych informacji lub nieaktualnych wyników badań laboratoryjnych!

DANE PODSTAWOWE

1. Imię:
2. Nazwisko:
3. Adres e-mail:
4. Data urodzenia:
5. Wykonywany zawód (uczeń / student / osoba pracująca / osoba niepracująca / emeryt / rencista):
6. Masa ciała:

CEL WIZYTY

7. **Jaki jest Twój cel wizyty? Dlaczego chcesz wprowadzić zmiany?**
(np. schudnąć, przytyć, poprawić zdrowie, zmiana nawyków, dla kogoś, choroba przewlekła, inne)

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

8. Czy uprawiasz regularnie sport? Jeśli tak to jaki?
9. Czy korzystasz z aplikacji/zegarka monitorującego aktywność fizyczną (*kroki, sen, tętno*) ? Jeśli tak, ile średnio kroków wykonujesz w ciągu dnia lub tygodnia według danych z urządzenia?

STAN ZDROWIA

10. Choroby alergiczne (*astma, pyłki – jakie?, sierść/kurz, pokarmy – jakie?, leki, inne*):
11. Choroby występujące w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie):
12. Choroby genetyczne:
13. Nietolerancje pokarmowe:
14. Na jakie choroby cierpisz i od kiedy?
(np. *cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie, choroby tarczycy, depresja, choroby jelit, autoimmunologiczne, choroby przewlekłe, zaburzenia lękowe, wysoki poziom glukozy, choroby wątroby, nowotwory, inne..*)
15. Czy występują problemy skórne?
(np. *trądzik, egzema, łuszczyca, AZS, opryszczka, inne*)

16. Miesiączka (*regularne / nieregularne / bolesne / brak / inne*):

17. Czy jesteś odporna/ny na stres?

UKŁAD POKARMOWY

18. Czy występują problemy z układem pokarmowym?

(np. zgaga, refluks, wrzody, wzdęcia, gazy, nudności, wymioty, IBS, SIBO, choroby zapalne jelit, hemoroidy, brak apetytu, inne..)

19. Czy było stosowane leczenie żywieniowe?

(żywienie dojelitowe / pozajelitowe / mieszane)

20. Jak często się wypróżniasz?

21. Czy stosujesz środki przeczyszczające?

ZABIEGI I LEKI

22. Czy przechodziłaś/eś zabiegi lub operacje? Jakie i kiedy?

23. Czy przyjmujesz leki, suplementy, antykoncepcję hormonalną?

Jakie? (nazwa, dawka, jak długo przyjmujesz)

STYL ŻYCIA I SAMOPOCZUCIE

24. Czy obecnie często chorujesz?

25. Jak oceniasz swoją odporność? Od 1-10.

26. Czy masz problemy ze snem?

(śpię dobrze / bezsenność / wybudzanie nocne / podjadanie nocne / inne..)

27. Zmiany masy ciała w ostatnich 3–6 miesiącach:

28. Czy stosowałaś/eś diety odchudzające, eliminacyjne, głodówki?

NAWYKI ŻYWIENIOWE

29. Ile posiłków dziennie spożywasz?

30. Pory posiłków w ciągu dnia:

31. Czy są produkty/potrawy, po których czujesz się źle? Jakie?

32. Czy występują zaburzenia odżywiania?
(np. napadowe objadanie, głodzenie, inne..)

33. Opisz krótko swój typowy dzień pod względem spożycia posiłków:

34. Czy po posiłkach masz spadek energii?

35. Czy podjadasz między posiłkami? Co i w jakich sytuacjach?

36. Ulubione produkty i potrawy:

BADANIA LABORATORYJNE

37. Czy posiadasz aktualne wyniki badań? *(mogą być dołączone w formie załącznika)*

38. Czy przeszedł/przeszedłaś dużo antybiotykoterapii? *(ile, kiedy)*

Przykładowe badania (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, OB, CRP, HbA1c
- badanie moczu, białko i glukoza w moczu, kał, H. pylori
- sód, potas, wapń, żelazo, transferyna, mocznik, kreatynina, glukoza, białko całkowite, kwas moczowy, lipidogram
- enzymy wątrobowe (AST, ALT, ALP, GGT), bilirubina, amylaza, RF
- hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4, aTPO, aTG), ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy
- ciśnienie tętnicze krwi, kolonoskopia, gastroscopia

OCZEKIWANIA

39. Co chcesz otrzymać? *szczegółowe zalecenia żywieniowe, jadłospis 7-dniowy (dodatkowa opłata)*

40. Czy jest coś jeszcze, o czym powinnam wiedzieć?

.....
data i czytelny podpis