

ANKIETA – przed wizytą u dietetyka

- 1/ Imię i nazwisko: 5/ Masa ciała na czczo:
2/ Data urodzenia: 6/ Wzrost:
3/ Tel kontaktowy:
4/ Email do wysłania diety i/lub kontaktu:

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii danych, tj. O stanie mojego zdrowia, przez Strongweb Dietetyka w celach związanych z realizacją umowy o świadczenie usług dietetycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych nr 2016/679. Jestem świadomy/ma, że :

- administratorem moich danych, w tym wrażliwych jest Strongweb Dietetyka Michał Strużyk z siedzibą w ul. Sokoła 3, 42-700 Lubliniec;
- przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją umowy o świadczenie usługi dietetyka przez okres niezbędnej dla świadczonej umowy oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Po tym czasie mogą ulegać archiwizacji;
- podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji umowy;
- mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz prawo do przenoszenia swoich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
podpis pacjenta

INFORMACJE OGÓLNE – TRYB ŻYCIA

Status zawodowy:	Student Pracownik biurowy/ fizyczny Inny (jaki?)
Proszę opisać swoją pracę (praca siedząca przy komputerze, stojąca, zmianowa, w samochodzie, itp.). Jeśli Pan/ Pani nie pracuje, proszę opisać swój dzień:	

Proszę opisać rozkład swojego tygodnia – czynności stale wykonywane i takie, które są nie do przesunięcia, np.: pobudka, wyjście do szkoły/ pracy, powrót do domu, zakupy, trening/ aktywność fizyczna, kursy/ szkolenia, posiłki rodzinne, kościół, pory spania:

Godzina						
Pon.						
Wt.						
Śr.						
Czw.						
Pt.						
Sb.						
Nd.						

ANKIETA

INFORMACJE OGÓLNE – AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I NAWYKI ŻYWIENIOWE

1/ Co zadecydowało o konsultacji u dietetyka i czego oczekuje Pan/ Pani po tej wizycie?	
2/ Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w próbach odchudzania?	
3/ Jaki jest Pana/ Pani poziom motywacji do odchudzania? Co spowoduje, że poczuje się Pan/ Pani jeszcze bardziej zmotywowany/a?	
4/ Jak często życzy Pan/ Pani sobie aby przebiegały wizyty kontrolne czy pomiary wagi (analiza składu ciała)?	
5/ Czy czuje się Pan/ Pani dobrze ze swoją wagą?	
6/ Z jaką wagą czuł/aby się Pan/ Pani lepiej?	
7/ Jak szybko chce Pan/ Pani schudnąć? Ile kg w jakim czasie?	
8/ Czy stosował Pan/ Pani diety? Jak i kiedy?	
9/ Jakie były rezultaty tych diet?	
10/ Co powodowało, że kolejne diety kończyły się niepowodzeniem? Co zniechęcało Pana/ Panią do kontynuowania diety?	
11/ Jak ocenia Pan/ Pani swoją codzienną aktywność (proszę podkreślić właściwą odpowiedź lub napisać jeśli brakuje	<ul style="list-style-type: none">• Siedząco – leżąca (w pracy leżę, w domu raczej odpoczywam);• Mało aktywny;

<p>Panu/ Pani odpowiedzi odpowiadającej Pana/ Pani aktywności)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umiarkowany (jestem w ruchu przez cały dzień); • Aktywny (uprawiam sport co najmniej 3 razy w tygodniu); • Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę:
<p>12/ Czy na co dzień uprawia Pan/ Pani jakiś sport/aktywność ruchową? Jaka? Ile godzin tygodniowo? Jeśli ćwiczy Pan/ Pani regularnie, proszę napisać w jaki dzień, o której godzinie (od-do) jaka aktywność fizyczna:</p>	
<p>13/ Co robi Pan/ Pani zwykle w soboty i niedziele lub w wolne dni?</p>	
<p>14/ Czy w dzieciństwie, młodości lub przed kilkoma laty uprawiał Pan/ Pani jakiś sport lub aktywność ruchową?</p>	
<p>15/ Ile czasu dziennie/ tygodniowo może Pan/ Pani poświęcić na aktywność ruchową?</p>	
<p>16/ Jaka forma aktywności ruchowej najbardziej Panu/ Pani odpowiada?</p>	
<p>17/ Gdzie lubi Pan/ Pani ćwiczyć (w domu, na fitnessie, na siłowni, na świeżym powietrzu, nie lubię wcale)?</p>	
<p>18/ Jaki ma Pan/ Pani hobby?</p>	
<p>19/ Co lubi Pan/ Pani jeść? Do jakich produktów ma Pan/ Pani szczególną słabość?</p>	
<p>20/ Co Pan/ Pani zwykle je na śniadanie lub na pierwszy posiłek dnia i o której on jest?</p>	

21/ Ile godzin od wstania z łóżka zjada Pan/ Pani swój pierwszy posiłek? Czy jada go Pan/ Pani w pracy czy w domu?	
22/ Co je Pan/ Pani zwykle na kolację (ostatni posiłek) i o której ona jest? Na ile godzin przed snem?	
23/ Czy spożywa Pan/ Pani produkty z białej mąki typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy? Jakiej i jak często?	
24/ Preferowany smak potraw: słodki/ słony/ ostry/ ziołowy:	
25/ Jakich przypraw używa Pan/ Pani w kuchni?	
26/ Produkty z których Pan/ Pani nie jest w stanie zrezygnować:	
27/ Ile posiłków spożywa Pan/ Pani w ciągu dnia? Liczba posiłków głównych i przekąsek/przegryzek:	
28/ Jakiej robi Pan/ Pani odstępy między posiłkami (ile godzin mija pomiędzy kolejnymi posiłkami):	
29/ Który posiłek jest dla Pan/ Pani najważniejszy i dlaczego?	
30/ Który posiłek jest największy i o której godzinie?	
31/ Czy je Pan/ Pani posiłki o regularnych porach?	

32/ Czy planuje Pan/ Pani co zje na określony posiłek?	
33/ Czy zdarzają się Panu/ Pani napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego i kiedy one się zdarzają?	
34/ Kto w domu gotuje? Kto przyrządza posiłki?	
35/ Gdzie najczęściej spożywa Pan/ Pani posiłki (w domu, w restauracji, w pracy, w szkole, w barach)?	
36/ Jak często stołuje się Pan/ Pani w barach typu „fast food”? Ile razy w tygodniu/ miesiącu?	
37/ Czy w pracy/ szkole może Pan/ Pani zjeść posiłek o dowolnej porze?	
38/ Czy w pracy ma Pan/ Pani możliwość podgrzania, przygotowania posiłku?	
39/ Ile litrów/ szklanek wody mineralnej (nie smakowej), wypija Pan/ Pani w ciągu dnia?	
40/ Ile kaw wypija Pan/ Pani w ciągu dnia i ile łyżeczek/ kostek cukru Pan/ Pani dodaje? Czy pije Pan/ Pani kawę z mlekiem (ile %), bez mleka, ze śmietanką, kawa rozpuszczalna, espresso, mielona z ekspresu, parzona)?	
41/ Jakie i ile herbat wypija Pan/ Pani w ciągu dnia? Ile Pan/ Pani słodzi?	
42/ Jakie inne płyny (i ilości) wypija Pan/ Pani w ciągu dnia?	

43/ Jak często się Pan/ Pani wypróżnia? Raz dziennie, dwa razy dziennie, raz na dwa dni, raz na tydzień, nieregularnie?	
44/ Czy stosuje Pan/ Pani jakieś środki/ metody wspomagające wypróżnianie?	
45/ Czy dojada Pan/ Pani między posiłkami? Co najczęściej?	
46/ Produkty i potrawy najczęściej spożywane na II śniadanie?	
47/ Produkty i potrawy najczęściej spożywane na podwieczorek?	
48/ Preferowane dodatki do potraw (ketchup, musztarda, majonez, chrzan, sosy jogurtowe, inne – jakie?)	
49/ Czy jest Pan/ Pani wegetarianinem/ką? Jakiego rodzaju?	
50/ Czy spożywa Pan/ Pani alkohol? Jak często i jaki?	
51/ Czy spożywa Pan/ Pani mleko? Jak często? Ilu procentowe?	
52/ Czy spożywa Pan/ Pani jogurty, kefiry, maślanki? Jak (owocowe, naturalne, ile % tłuszczu)?	
53/ Czy spożywa Pan/ Pani rośliny strączkowe? Jak często?	
54/ Czy spożywa Pan/ Pani owoce? Jak i jak często?	
55/ Czy spożywa Pan/ Pani warzywa? Jakie i jak często?	

56/ Czy spożywa Pan/ Pani produkty typu „light”?	
57/ Ile razy w tygodniu/ miesiącu spożywa Pan/ Pani mięso? Jakie i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
58/ Ile razy w tygodniu/ miesiącu spożywa Pan/ Pani ryby? Jakie i w jakiej postaci (sposób przyrządzenia)?	
59/ Jakie lubi Pan/ Pani mięso?	
60/ Jakie lubi Pan/ Pani ryby?	
61/ Jakie lubi Pan/ Pani wędliny?	
62/ Czy lubi Pan/ Pani sery? Jakie i jak często je Pan/ Pani spożywa?	
63/ Ile łyżeczek cukru zużywa Pan/ Pani w ciągu dnia łącznie do słodzenia różnych produktów?	
64/ Z ilu dań składa się Pana/ Pani obiad? Zupa, drugie danie, sałatka, kompot, deser?	
65/ Czy po obiedzie musi Pan/ Pani zjeść coś słodkiego?	
66/ Czy używa Pan/ Pani przypraw typu ziarenka smaku, maggi, vegeta, rosółki? Jak często?	
67/ Czy dosala Pan/ Pani potrawy przy stole?	

PRODUKTY – PREFERENCJE

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, których nie lubię ale zjem gdy trzeba:	Produkty, których szczególnie nie lubię:

ZDROWIE

Na konsultację proszę zabrać ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak i również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/ medyczne/ fizjoterapeutyczne.

1/ Czy ma Pan/ Pani jakieś dolegliwości zdrowotne? Jeśli tak to jakie?* * w przypadku wielu schorzeń lub dolegliwości, proszę opisać je poniżej	
2/ Czy ma Pan/ Pani choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakież?	
3/ Czy zażywa Pan/ Pani leki przepisane przez lekarza? Jakież?	
4/ Czy zażywa Pan/ Pani leki, parafarmaceutyki, witaminy, suplementy, lub preparaty odchudzające, wzmacniające? Jakież?	
5/ Przebyte operacje? Jakież? Zalecenia lekarskie po operacji:	
6/ Czy ma Pan/ Pani problemy z układem krążenia?	

7/ Czy ma Pan/ Pani nadciśnienie? (Jeśli tak, jaka jest jego wartość):	
8/ Jaki ma Pan/ Pani poziom cholesterolu?	
9/ Jaki ma Pan/ Pani poziom trójglicerydów?	
10/ Jaki ma Pan/ Pani poziom cukru na czczo?	
11/ Czy cierpi Pan/ Pani na cukrzycę? Jaki typ? Czy bierze Pan/ Pani insulinę? W jakim schemacie?	
12/ Czy pali Pan/ Pani papierosy? Ile?	
13/ Czy cierpi Pan/ Pani na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?	
14/ Czy ma Pan/ Pani alergię pokarmową? Na jakie produkty?	
15/ Czy ma Pan/ Pani alergię wziewną? Na jakie substancje/ pyłki?	
16/ Czy ma Pan/ Pani alergię kontaktową? Na co?	
17/ Czy ma Pan/ Pani jakieś przeciwwskazania co do aktywności ruchowej?	
DOTYCZY KOBIET	
18/ Czy jest Pani w ciąży? W którym tygodniu? Data poczęcia:	
19/ Czy jest Pan w połogu? Ile tygodni/ miesięcy minęło od ciąży?	

DZIEŃ TYGODNIA

<u>DZIEŃ I</u>	Godzina	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
ŚNIADANIE			
Przekąska			
II ŚNIADANIE			
Przekąska			
OBIAD			
Przekąska			
PODWIECZOREK			
Przekąska			
KOLACJA			
Przekąska			

DZIEŃ TYGODNIA

<u>DZIEŃ II</u>	Godzina	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
ŚNIADANIE			
Przekąska			
II ŚNIADANIE			
Przekąska			
OBIAD			
Przekąska			
PODWIECZOREK			
Przekąska			
KOLACJA			
Przekąska			

DZIEŃ TYGODNIA

<u>DZIEŃ III</u>	Godzina	Produkty, potrawy, napoje	Gramatura (w gramach lub miarach domowych)
ŚNIADANIE			
Przekąska			
II ŚNIADANIE			
Przekąska			
OBIAD			
Przekąska			
PODWIECZOREK			
Przekąska			
KOLACJA			
Przekąska			

Uczestnictwo we wszystkich zajęciach gimnastycznych (fitness), treningach personalnych oraz stosowanie zalecanej diety jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność uczestnika/ stosującego. Jeżeli ma Pan/ Pani wątpliwości co do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do uczestniczenia w zajęciach fitness, zajęciach rekreacyjnych, treningach personalnych czy stosowania zalecanej diety, zasięgnij opinii swojego lekarza. Zaleca się aby przed przystąpieniem do jakiegokolwiek aktywności ruchowej oraz zastosowaniem jakiegokolwiek programu dietetycznego zasięgnąć porady swojego lekarza.

.....

Data i podpis pacjenta
