

## DIETETYKA - KWESTIONARIUSZ PACJENTA

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy, email: \_\_\_\_\_

Masa ciała: \_\_\_\_\_ Wzrost: \_\_\_\_\_ Jaki jest cel diety/wizyty? \_\_\_\_\_

Jaka jest aktywność w ciągu dnia (praca)?

Czy wstępuję jakaś aktywność fizyczna? Jeżeli tak, proszę opisać rodzaj, długość, intensywność, częstotliwość.

Rytm snu? \_\_\_\_\_

Zmiana masy ciała w ciągu ostatniego półrocza?  TAK  NIE

Czy czujesz się dobrze w swoim ciele?  TAK  NIE

Czy występują jakieś problemy żywieniowe?

zaparcia  biegunki  wymioty (prowokowanie wymiotów)  zgaga  nudności

ból brzucha/żołądka  problemy z połykaniem  problemy z żuciem  anoreksja

spadek / wzrost spożycia pokarmów  zmiana apetytu

Czy występują jakieś choroby przewlekłe? Jeśli odpowiedź jest twierdząca podaj nazwę, długość trwania oraz zażywane leki jeśli istnieje taka potrzeba.

Czy stosujesz jakieś suplementy diety (witaminy, minerały, zioła należy również brać pod uwagę)? Jeśli odpowiedź brzmi twierdząco proszę wymienić nazwę oraz dawkę.

Jak wygląda aktualne odżywianie? Kto gotuje? (Proszę napisać przykładowe menu z całego dnia, oraz oszacować wielkość poszczególnych porcji)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy przy wyżej opisanym odżywianiu obserwujesz tycie czy chudnięcie?  tycie  chudnięcie

Czy wypróżnienia występują regularnie? Jak wygląda stolec?

---

Czy po którymś z produktów spożywczych odczuwasz złe samopoczucie (np. ból głowy, przelewanie w brzuchu)?

---

Ilość wypijanych płynów dziennie? \_\_\_\_\_

Czy cykl menstruacyjny jest unormowany (pytanie do Pań)?

---

Czy występują jakieś nietolerancje pokarmowe? Alergie?

---

## **PYTANIA DODATKOWE**

Preferowana ilość posiłków w ciągu dnia? \_\_\_\_\_

Produkty, bez których nie może istnieć dieta dla Ciebie, które uwielbiasz?

---

Produkty, których nie lubisz i nie zjesz?

---