

DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię i nazwisko

E-mail

Nr kontaktowy

INFORMACJE OGÓLNE

Masa ciała

Wzrost

Data urodzenia

Cel konsultacji, powód wizyty, oczekiwania

WYWIAD ZDROWOTNY

Ciśnienie tętnicze krwi

Profil lipidowy (TG, cholesterol, HDL, LDL)

Glukoza na czczo

Próby wątrobowe

Badania obrazowe (TK, MRI, USG)

Badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia)

Przyjmowane leki (nazwa leku/pora przyjmowania)

Suplementy diety (witaminy, składniki mineralne)

Obciążenie genetyczne (czy najbliższa rodzina chorowała na: nadciśnienie, cukrzyca, miażdżyca, choroby tarczycy)

Alergie pokarmowe lub nietolerancje

Objawy występujące w ciągu ostatnich tygodni/ miesięcy:

Wymioty trwające dłużej, niż 3 dni

Biegunka/ więcej niż 3 płynne stolce dziennie

Wzdęcia

Zaparcia

Utrata apetytu, nudności

Trudności w żuciu/ połykaniu/ ból przy połykaniu

Zgaga, odbijanie

Hospitalizacja w ciągu ostatnich miesięcy

Przebyte operacje

Częstotliwość wypróżnień

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Ile posiłków zjada pan/pani dziennie?

Czy są to posiłki o stałych porach?

Ile płynów wypija pan/pani dziennie? Jakie najczęściej rodzaje płynów pan/pani wybiera? (woda, sok, kawa, herbata, napoje gazowane, mleko itp.)

Czy stosuje pan/pani używki: alkohol, kawa, mocna herbata? Ile dziennie?

Czy słodzi pan/pani napoje? Jeśli tak - czym i w jakich ilościach?

Czy je pan/pani pomiędzy posiłkami? Jeśli tak - co i w jakich sytuacjach? W jakich sytuacjach czuje pan/pani potrzebę jedzenia (stres, po wysiłku, itp.)?

Jakie i jak często spożywa pan/pani słodczy (rodzaj)?

Jaki najczęściej rodzaj pieczywa pan/pani spożywa?

Czym smaruje pan/pani pieczywo?

Czy i jak często spożywa pan/pani produkty zbożowe takie jak (zaznaczyć te, które pan/pani spożywa i napisać jak często)

kasze (gryczana, jęczmienna, jaglana, itp.)

makaron pszenny

makaron razowy

pieczywo chrupkie

gotowe produkty śniadaniowe, jak: musli

płatki owsiane, otręby

inne

Jak często jada pan/pani owoce? Jakie najczęściej? W jakiej postaci? Jakich pan/pani nie lubi

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Jak często jada pan/pani warzywa? Jakie najczęściej? W jakiej postaci? Jakich pan/pani nie lubi

Czy i jak często spożywa pan/pani rośliny strączkowe?

Jakie produkty nabiałowe pan/pani spożywa? Jak często? Czy występują po ich spożyciu dolegliwości?

mleko – codziennie

jogurt naturalny

jogurt owocowy

kefir

maślanka

sery twarogowe, grani

sery żółte, topione, pleśniowe

Ile sztuk i jak często spożywa pan/pani jaja?

Jak często spożywa pan/pani ryby (gatunki)?

Jaki najczęściej rodzaj mięsa i wędlin pan/pani spożywa? Jak często?
(określić częstotliwość spożycia przy danym gatunku oraz sposób przyrządzenia)

wołowina

wieprzowina

drób – kurczak, indyk, kaczka

wędliny wysokogatunkowe drobiowe

wędliny wysokogatunkowe wieprzowo – wołowe

kiełbasy – mielonka, parówki, kiełbasy

wyroby wędliniarskie – salceson, pasztet, kaszanka

podroby – wątróbka, żółtki, nerki

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Preferowane rodzaje tłuszczów (roślinne/ zwierzęce)

Preferowane techniki sporządzania potraw

Czy i jak często jada pan/pani dania typu fast food?

Czy i jak często zjada pan/pani słone przekąski (np. chipsy, krakersy, paluszki)?

Jakich przypraw używa pan/pani w kuchni?

Ile średnio łyżeczek soli dziennie stosuje pan/pani podczas sporządzania potraw?

Czy są potrawy/produkty po których czuje się pan/pani źle? Jeśli tak, to jakie dolegliwości związane z przewodem pokarmowym najczęściej występują u pana/pani?

Czy ktoś w rodzinie ma/ miał nadwagę/ otyłość?

Czy stosował(a) pan/pani diety odchudzające? Jeśli tak, to jakie? Z jakim efektem?

Czy uprawia Pan/Pani regularnie sport? Jeśli tak, to jaki i jak często?

Oczekiwania względem diety, z jakimi produktami w szczególności będzie się panu/pani ciężko rozstać

Orientacyjne godziny pracy, godzina wstania i pójścia spać

- w ciągu tygodnia

- w weekendy