Wypełnienie tego kwestionariusza zajmie Ci około 30 minut. Postaraj się jak najdokładniej odpowiedzieć na pytania. Pamiętaj, że im lepiej Cię poznam, tym lepiej będę mogła Ci pomóc. Wszystkie Twoje odpowiedzi pozostaną pomiędzy nami.

Kwestionariusz omówimy szerzej podczas naszego pierwszego spotkania.

Imię:

Wiek:

Adres mailowy:

Numer telefonu:

Masa ciała:

Wzrost:

**Część 1**

W tej części, chcę dowiedzieć się, jak wygląda Twój tryb życia i ogólny styl życia. Dzięki temu będę mogła jak najlepiej dopasować jadłospis do Twoich potrzeb i możliwości logistycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| O której godzinie wstajesz, a o której chodzisz spać? |  |
| Ile średnio godzin przesypiasz? |  |
| Jak wygląda Twój tryb życia? Ile godzin dziennie spędzasz poza domem? O której zwykle wracasz do domu? |  |
| Jeśli pracujesz – jest to praca fizyczna czy siedząca? |  |
| Opisz swoje odżywianie i aktywność fizyczną dotychczas. |  |
| Ile czasu poświęcasz na aktywność fizyczną? |  |
| Ile posiłków dziennie spożywasz? |  |
| Czy pijesz alkohol? Jeśli tak, jak często? |  |
| Jeśli pijasz alkohol, jak jest to najczęściej alkohol? |  |
| Czy palisz papierosy? | * tak
* nie
 |

**Część 2**

Część druga poświęcona jest kwestiom zdrowotnym. Zawsze dopasowuję jadłospis do Twojego stanu zdrowia oraz aktualnych wyników badań.

|  |  |
| --- | --- |
| Czy w ostatnim czasie Twoja masa ciała uległa zmianom? | * tak
* nie
 |
| Czy chorujesz lub zmagasz się z jakimiś schorzeniami? Wypisz je. |  |
| Jeśli zmagasz się z jakąś chorobą, napisz mi o niej więcej. Jak długo się leczysz? Czy jesteś pod opieką lekarza? |  |
| Czy w przeszłości przebyłaś/przebyłeś jakiś zabieg? Jeśli tak, to jaki? | * tak:
* nie
 |
| Czy masz jakieś alergie lub nietolerancje pokarmowe? Jeśli tak, to takie? | * tak:
* nie
 |
| Odczuwasz jakiekolwiek dolegliwości ze strony układu pokarmowego? | * nie
* przelewania
* wymioty
* biegunki
* zaparcia
* odbijanie
* pieczenie w przełyku
* wzdęcia
* gazy
* bóle brzucha
* inne:
 |
| Jeśli zauważasz, że powyższe dolegliwości występują po konkretnych produktach spożywczych, napisz po jakich. |  |
| Czy przyjmujesz jakieś leki lub suplementy diety? Wymień też witaminy, jeśli je zażywasz. |  |
| Czy odczuwasz któreś z poniższych dolegliwości? | * wypadanie włosów
* sucha skóra
* słabe i rozdwajające się paznokcie
* uderzenia gorąca
* nieregularne miesiączki
* obfite miesiączki
* senność po posiłku
* problemy z zasypianiem
* zmęczenie
* silny stres
* problemy z pamięcią i rozkojarzenie
* chrapanie
* uczucie zimnych dłoni i stóp
* inne
 |

**Część 3**

W tej części wywiadu, chciałabym dowiedzieć się od Ciebie, jakie są Twoje dotychczasowe doświadczenia we współpracy dietetycznej. Ta część poświęcona jest też kwestiom psychodietetycznym, które będą stanowić ważny element naszej współpracy.

|  |  |
| --- | --- |
| Czy to Twoja pierwsza współpraca z dietetykiem?  | * tak
* nie
 |
| Jeśli masz doświadczenia we współpracy z dietetykiem, co Ci się podobało, a co Ci się nie podobało w tej współpracy? |  |
| Jeśli to Twoja pierwsza współpraca z dietetykiem, jakie masz wobec niej oczekiwania? |  |
| Na czym najbardziej zależy Ci we współpracy z dietetykiem? Jakie jest Twój cel? |  |
| Czy zdarza Ci się zajadać stres lub jeść pod wpływem emocji? | * tak
* nie
 |
| Czy zdarza Ci się podjadać w nocy? | * tak
* nie
 |
| Zastanów się, co sprawia Ci największy problem w zmianie nawyków żywieniowych? |  |

**Część 4**

Uff, to już ostatnia część kwestionariusza. Zadam Ci pytania o Twój dotychczasowy sposób odżywiania. W tej części chcę też dowiedzieć się, jak chcesz, aby wyglądał Twój jadłospis. Chciałabym, abyś w trakcie naszej współpracy mogła/mógł sobie pomyśleć, że właśnie tak może wyglądać moja dieta już do końca życia. 😊 Ma być smacznie i ma sprawiać Ci to przyjemność!

|  |  |
| --- | --- |
| Co pijesz w ciągu dnia - woda, kawa, herbata, kolorowe napoje? |  |
| Czy słodzisz napoje? Jeśli tak, to czym i ile? |  |
| Czy dosalasz potrawy? |  |
| Jaką formę obróbki najczęściej stosujesz? | * gotowanie
* smażenie
* pieczenie
* gotowanie na parze
* grillowanie
 |
| Czy są produkty, których nie lubisz lub nie chcesz, aby znalazły się w diecie? Wymień je tutaj. |  |
| Ile czasu możesz poświęcić na przygotowanie posiłków? |  |
| Zaznacz, które z przykładowych opcji śniadaniowych najbardziej Ci odpowiadają: | * owsianka z owocami
* kanapki z awokado i łososiem
* jajecznica
* sałatka warzywna
* koktajl owocowy
* jogurt z owocami
* omlet
* kanapki z pastami
* placuszki
* inne ulubione:
 |
| Zaznacz, które z przykładowych opcji obiadowych najbardziej Ci odpowiadają: | * łosoś pieczony z warzywami
* spaghetti z soczewicą
* kaszotto z warzywami
* jajko sadzone z ziemniakami
* makaron z tofu
* makaron z kurczakiem i warzywami
* zupa meksykańska
* pierogi
* naleśniki
* inne ulubione:
 |
| Czy chcesz gotować obiady na 2 dni? | * tak
* nie
 |
| Czy Twoja dieta różni się w weekendy?  | * tak
* nie
 |
| Czy gotujesz tylko dla siebie?  |  |
| Gdzie najczęściej robisz zakupy? |  |
| Jakimi sprzętami kuchennymi dysponujesz? | * piekarnik
* blender
* mikser
* mikrofalówka
* opiekacz
* grill
* inne:
 |
| Jeżeli chcesz dodać coś od siebie w związku z naszą współpracą, zrób to tutaj! 😊 |  |

Informacja prawna

Usługi świadczone przez Poradnię Dietetyczną obejmują działania w zakresie opieki medycznej i służą profilaktyce, zachowaniu i poprawie zdrowia. Proszę o potwierdzenie:

* potwierdzam, że cel mojej wizyty jest zgodny z zakresem usług świadczonych przez podmiot: Poradnia Dietetyczna Kinga Skoracka

W tej tabeli zaznacz, np. znakiem **x**, jak często spożywasz dany produkt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Produkty | Codziennie | Kilka razy w tygodniu | Raz w tygodniu | Raz w miesiącu | Wcale |
| Mleko krowie |  |  |  |  |  |
| Jogurty, kefiry, maślanki naturalne |  |  |  |  |  |
| Jogurty, kefiry, maślanki smakowe |  |  |  |  |  |
| Napoje roślinne, niesłodzone, np. napój sojowy |  |  |  |  |  |
| Napoje roślinne, słodzone, np. czekoladowy napój sojowy |  |  |  |  |  |
| Śmietana |  |  |  |  |  |
| Masło |  |  |  |  |  |
| Margaryna |  |  |  |  |  |
| Olej rzepakowy/oliwa z oliwek |  |  |  |  |  |
| Olej słonecznikowy |  |  |  |  |  |
| Smalec |  |  |  |  |  |
| Jaja |  |  |  |  |  |
| Sery twarogowe/serek wiejski |  |  |  |  |  |
| Mozzarella, feta |  |  |  |  |  |
| Serki topione |  |  |  |  |  |
| Pasty do chleby roślinne, np. z soczewicy, hummus |  |  |  |  |  |
| Tofu |  |  |  |  |  |
| Awokado |  |  |  |  |  |
| Pieczywo jasne, w tym bułki |  |  |  |  |  |
| Pieczywo razowe, pełnoziarniste |  |  |  |  |  |
| Płatki zbożowe, owsiane |  |  |  |  |  |
| Płatki śniadaniowe, słodzone |  |  |  |  |  |
| Ziemniaki |  |  |  |  |  |
| Kasze |  |  |  |  |  |
| Ryż |  |  |  |  |  |
| Makaron jasny |  |  |  |  |  |
| Makaron razowy, pełnoziarnisty |  |  |  |  |  |
| Mięso czerwone - wieprzowina, wołowina |  |  |  |  |  |
| Mięso drobiowe |  |  |  |  |  |
| Ryby |  |  |  |  |  |
| Parówki |  |  |  |  |  |
| Słone przekąski |  |  |  |  |  |
| Warzywa surowe |  |  |  |  |  |
| Warzywa strączkowe |  |  |  |  |  |
| Zielone warzywa liściaste, np. szpinak, sałata |  |  |  |  |  |
| Warzywa gotowane |  |  |  |  |  |
| Owoce świeże |  |  |  |  |  |
| Ciasta domowego wypieku |  |  |  |  |  |
| Batony, słodycze, ciastka |  |  |  |  |  |
| Produkty typu fast-food |  |  |  |  |  |

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza! Dzięki temu będę mogła lepiej Ci pomóc! 😊

Pierwsza konsultacja:

Konsultacja kontrolna:

Konsultacja kontrolna:

Konsultacja kontrolna: