
FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZED KONSULTACJĄ

Jeżeli jesteś umówiony/a na konsultację stacjonarną - zabierz plik ze sobą na spotkanie.
Jeżeli jesteś umówiony/a na konsultację online - prześlij plik najpóźniej na 2-3 dni przed rozmową.

- Imię:
- Data urodzenia:
- Miejsce zamieszkania (miejscowość i kraj):
- Numer telefonu:
- Email:
- Skype ID:
- Status zawodowy podkreślić (uczeń/student/pracuje zawodowo/nie pracuje/emeryt/rencista)
- Masa ciała:
- Wzrost:
- Obwód w talii (najwęższe miejsce tułowia):
- Obwód bioder w najszerszym miejscu:

- Aktywność fizyczna w czasie wolnym
Proszę opisać wykonywane czynności w ciągu dnia/tygodnia (jakie ćwiczenia, ile czasu trwają), abym można było ocenić wysiłek fizyczny i dopasować do niego sposób odżywiania

 - Aktywność fizyczna w pracy
Proszę opisać wykonywane czynności w ciągu dnia/tygodnia w pracy.

 - Cele/powody konsultacji:
-
- Rodzaj przyjmowanych suplementów. Proszę napisać, jakie firmy, dawki, rodzaje. Można dołączyć linki.

 - Rodzaj przyjmowanych leków. Proszę napisać nazwy, dawki oraz powód przyjmowania.

 - Czy cierpi Pan/i na jakieś schorzenia? Proszę opisać.

 - Czy w Pani/Pana rodzinie wystąpiły jakieś choroby przewlekłe (miażdżyca, cukrzyca, nowotwory, niedoczynność tarczycy itp.)?

- Pytanie do kobiet: czy rodziła Pani? Jeżeli tak, to ile razy i jaki był poród (naturalny, czy cesarskie cięcie)?
- Czy urodził/a się Pan/i przez cesarskie cięcie, czy naturalnie?
- Jakim pokarmem był/a Pan/i karmiona w dzieciństwie (mlekiem matki, czy mieszankami zastępczymi)?
- Czy ma Pan/i jakieś alergie?
- Czy jest Pan/i na specjalnej diecie?
- Czy próbował/a Pan/i się odchudzać? Proszę opisać sytuację.
- Czy Pan/i pali papierosy?
- Czy obserwuje Pan/i jakieś niepokojące objawy związane z poniżej wymienionymi częściami ciała oraz samopoczuciem:
 - głowa -
 - włosy -
 - Usta -
 - Oczy -
 - Nos -
 - Mięśnie -

- Skóra -
 - Nastrój -
 - Umysł/koncentracja -
 - Klatka piersiowa -
 - Genitalia -
 - Ręce -
 - Paznokcie -
 - Uda -
 - Stopy -
- Jak często się Pan/i wypróżnia? Czy regularnie?
-

- Jak ocenia Pan/i swoją sprawność fizyczną w skali 1 - 10 (1-bardzo źle, 10-bardzo dobrze).
 - Jak ocenia Pan/i swoją energię życiową w skali 1 - 10 (1-bardzo źle, 10-bardzo dobrze).
 - Jak ocenia Pan/i stan paznokci
 - Jak ocenia Pan/i swój apetyt oraz odczuwanie smaku, zapachu
 - Pytanie do kobiet nie będących w ciąży. Czy Pani miesiączkuje? Czy miesiączki są długie i bolesne? Jeżeli nie, proszę o rozwinięcie tematu
-

- Jakie produkty żywnościowe lubi Pan/i wyjątkowo?

- Po jakich produktach czuje się Pan/i źle i dlaczego tak Pan/i uważa?
- Czy pije Pan/i alkohol? Jeżeli tak, jaki rodzaj?
- Czy pije Pan/i herbatę, kawę? Jeżeli tak, to jaką i jak często?
- Czy słodzi te napoje? Ile łyżeczek?
- Jakie napoje oprócz kawy i herbaty Pan/i pije?
- Czy jada Pan/i poza domem?
- Ile płynów w ciągu dnia Pan/i wypija?
- Kiedy występuje największa ochota na jedzenie?
- Jakie tłuszcze stosuje Pan/i do potraw? (olej roślinny, margaryna, śmietana, oliwa z oliwek, bez tłuszczu itp.).
- W jakich dniach w tygodniu (oraz godzinach) Pan/i pracuje. Czy jest możliwość odgrzewania posiłków w pracy? Czy jest możliwość zjedzenia posiłków w spokoju?
- Ile czasu na dzień może Pan/i przeznaczyć na gotowanie i czy lubi Pan/i to robić?
- Ile posiłków jada Pan/i najczęściej w ciągu dnia?

- O której godzinie chodzi Pan/i spać i o której godzinie Pan/i wstaje?
- Czego oczekuje Pan/i od dietetyka?
- Jakie trudności występują w przygotowywaniu posiłków lub wprowadzaniu zmian?

-
- Czy przypomina sobie Pan/i jakieś sytuacje, które negatywnie wpłynęły na Pan/i sposób żywienia?

- Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o Wegecentrum-Iwona Kibil?

- WYMAGANE:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych i wyników badań w celu przeprowadzenia konsultacji dietetycznej, przygotowania zaleceń lub jadłospisu przez poradnię dietetyczną Wegecentrum - Iwona Kibil, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

ODPOWIEDŹ TAK

Oświadczam, że informacje podane w kwestionariuszu na temat stanu zdrowia a także przyjmowanych leków i suplementów, są zgodne z prawdą.

ODPOWIEDŹ TAK

Proszę opisać szczegółowo swoje zwyczajowe dni (można wybrać 1-3 dni tygodnia)

Proszę również o zaznaczenie, w jakie dni i w jakich godzinach jest trening.

Dzień tygodnia:

Godzina	Posiłek	Produkty wchodzące w skład posiłku	Wielkość posiłków

Dzień tygodnia:

Godzina	Posiłek	Produkty wchodzące w skład posiłku	Wielkość posiłków

Dzień tygodnia:

Godzina	Posiłek	Produkty wchodzące w skład posiłku	Wielkość posiłków