

FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZED KONSULTACJĄ (DZIECI I MŁODZIEŻ)

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):
- Nr telefonu rodzica:
- Mail rodzica:
- Skype ID:
- Masa ciała dziecka:
- Wzrost dziecka:
- Aktywność fizyczna (jak wygląda w ciągu dnia/tygodnia):
- Cele/problemy:

-
- Jaki rodzaj suplementów dziecko otrzymuje? Proszę napisać, jakie firmy, dawki, rodzaje.
 - Jaki rodzaj leków przyjmuje? Proszę napisać dawki oraz powód przyjmowania.
 - Czy cierpi na jakieś schorzenia?
 - Czy w Pani/Pana bliskiej rodzinie wystąpiły jakieś choroby przewlekłe?
 - Czy dziecko ma jakieś alergie?
 - Czy jest na specjalnej diecie?

 - Czy obserwuje Pan/Pani jakieś niepokojące objawy w ciele u dziecka:
 - głowa -
 - Usta -
 - Oczy -
 - Nos -
 - Mięśnie -
 - Skóra -
 - Nastroj -
 - Umysł/koncentracja -
 - Klatka piersiowa -
 - Genitalia -
 - Ręce -

- Uda -
 - Stopy -
-

- Czy dziecko było urodzone naturalnie czy przez cesarskie cięcie? Ilość punktów w skali apgar.
- Czy dziecko było karmione mlekiem matki czy mieszankami? Jak długo mlekiem matki? Jaki rodzaj mieszanek?
- Czy dziecko jest szczepione?
- Czy często się przeziębia?
- Jak ocenia Pan/i sprawność fizyczną dziecka
- Jak ocenia Pan/i kolor skóry (np. blady, zażółcenie)
- Jak ocenia Pan/i stan paznokci i włosów
- Jak ocenia Pan/i apetyt oraz odczuwanie smaku, zapachu
- Pytanie skierowane do dziewczynek w wieku dorastania. Czy córka miesiączkuje? Jeżeli nie, proszę o rozwinięcie tematu

-
- Jakie produkty żywnościowe dziecko lubi wyjątkowo?
 - Z jakimi produktami jest problem?
 - Co pije? Ile pije na dzień?
 - Czy napoje są słodzone cukrem? Ile łyżeczek?
 - Kiedy występuje największa ochota na jedzenie?
 - Jakie tłuszcze stosuje Pan/i do potraw? (olej roślinny, margaryna, śmietana, oliwa z oliwek, bez tłuszczu, orzechy, nasiona, awokado).
 - Jaki czas ma Pan/i przeznaczony na gotowanie (na dzień)? I czy jest to lubiana czynność?
 - Liczba posiłków dziecko jada w ciągu dnia?
 - O której godzinie chodzi spać i o której godzinie wstaje?
 - Czy zaistniały jakieś sytuacje, które negatywnie wpłynęły na sposób żywienia?

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

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”) informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest firma Wegecentrum - Iwona Kibil, z siedzibą w Warszawie, ul. Gwarków 37a, 04-459 Warszawa, NIP 822-21-36-939, REGON 360541085.

Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane wyłącznie w celu świadczenia oferowanych usług. Wszelkie dane osobowe i adresowe podane przez Państwa na stronie www.wegecentrum.pl nie będą w jakikolwiek sposób udostępniane ani odsprzedawane osobom trzecim.

W każdej chwili przysługuje Państwu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Aby uzyskać więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez firmę Wegecentrum - Iwona Kibil, zapraszamy do zapoznania się z informacjami zawartymi na stronie <http://wegecentrum.pl/regulamin/>.

- WYMAGANY JEST PODPIS POD OŚWIADCZENIEM

Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji podanych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.

Zdaję sobie sprawę, że w każdym czasie mogę wycofać zgodę na przetwarzanie szczególnej kategorii danych, a wycofanie zgody będzie równoznaczne z usunięciem mnie z listy pacjentów poradni.

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

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

W przypadku starszych dzieci, proszę również o zaznaczenie, w jakie dni i w jakich godzinach jest trening/aktywność fizyczna.

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