

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 (największe 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 tyżeczek?
- 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?

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)

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