****

**FORMULARZ DIETY ONLINE – INFORMACJE O PACJENCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES EMAIL |  |
| NR TELEFONU |  |
| DATA URODZENIA |  |
| WAGA (kg) |  |
| WZROST (cm) |  |

JAKI JEST TWÓJ CEL STOSOWANIA DIETY:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ODCHUDZANIE – poprawa nawyków żywieniowych i skuteczne zmniejszenie masy ciała |
|  | PRZYTYCIE – racjonalne zwiększenie masy ciała |
|  | STABILIZACJA – utrzymanie efektów diety odchudzającej |
|  | ZDROWE ODŻYWIANIE – stosowanie zasad zdrowego odżywiania bez zmiany masy ciała |
|  | DIETA W JEDNOSTCE CHOROBOWEJ |

W PRZYPADKU ODCHUDZANIA/PRZYTYCIA PROSZĘ WPISAĆ ILOŚĆ KILOGRAMÓW DO SCHUDNIĘCIA/PRZYTYCIA:

|  |
| --- |
|  |

ZDIAGNOZOWANE CHOROBY:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CUKRZYCA |  | DNA MOCZANOWA |
|  | NADCIŚNIENIE |  | NOWOTWORY |
|  | ANEMIA |  | CHOROBY TRZUSTKI |
|  | REFLUKS |  | CELIAKLIA |
|  | WRZODY ŻOŁĄDKA |  | ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO |
|  | CHOROBY NEREK |  | CHOROBA NIEDOKRWIENNA |
|  | NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY |  | NIEDCZYNOŚĆ TARCZYCY |
|  | PRZEBYTY ZAWAŁ |  | PRZEBYTY UDAR |

|  |  |
| --- | --- |
| INNE CHOROBY/DOLEGLIWOŚCI:  (napisz jakie, np. zaparcia, zgaga) |  |
| ALERGIE/NIETOLERANCJE:  (napisz na jakie produkty) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| STOSOWANE LEKI:  (napisz jakie) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| STOSOWANE SUPLEMENTY: (preparaty białkowe, witaminowe, tabletki zawierające składniki mineralne, itp.) |  |

CZY JESTEŚ W CIĄŻY:

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK |
|  | NIE |

CZY KARMISZ PIERSIĄ:

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK |
|  | NIE |

JAKA JEST TWOJA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | DUŻA AKTYWNOŚĆ – uprawianie sportu przynajmniej 5 razy w tygodni po 1 godzinie |
|  | ŚREDNIA AKTYWNOŚĆ – sport przynajmniej 3 razy w tygodniu + spacery |
|  | MAŁA AKTYWNOŚĆ – spacery od czasu do czasu |
|  | BRAK AKTYWNOŚCI – zero jakiegokolwiek ruchu |

CHARAKTER TWOJEJ PRACY:

|  |  |
| --- | --- |
|  | SIEDZĄCA (TYPOWO BIUROWA) |
|  | UMIARKOWANA |
|  | INTENSYWNA (praca fizyczna lub stanowisko mocno stresogenne) |
|  | UCZĘ SIĘ |
|  | NIE PRACUJĘ |

RODZAJ PRACY – NAPISZ W JAKICH GODZINACH PRACUJESZ, CZY MASZ PRACĘ ZMIANOWĄ, CZY PRACUJESZ W NOCY ITP.

|  |
| --- |
|  |

PRZERWY W PRACY:

|  |  |
| --- | --- |
|  | MAM O DOWOLNEJ PORZE |
|  | MAM 1 W CIĄGU DNIA |
|  | MAM 2 W CIĄGU DNIA |

|  |  |
| --- | --- |
| O KTÓREJ GODZINIE WSTAJESZ W DNI POWSZEDNIE |  |
| O KTÓREJ GODZINIE CHODZISZ SPAĆ W DNI POWSZEDNIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| O KTÓREJ GODZINIE WSTAJESZ W WEEKEND |  |
| O KTÓREJ GODZINIE CHODZISZ SPAĆ W WEEKEND |  |

**DOTYCHCZASOWY SPOSÓB ODŻYWIANIA**

ILOŚĆ SPOŻYWANYCH POSIŁKÓW W CIĄGU DNIA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2 POSIŁKI |
|  | 3 POSIŁKI |
|  | 4 POSIŁKI |
|  | 5 POSIŁKÓW |
|  | 6 POSIŁKÓW |

PIERWSZY POSIŁEK SPOŻYWASZ:

|  |  |
| --- | --- |
|  | DO 1 GODZINY PO PRZEBUDZENIU |
|  | 2 GODZINY PO PRZEBUDZENIU |
|  | 3-4 GODZINY PO PRZEBUDZENIU |

CZY DOJADASZ POMIĘDZY POSIŁKAMI (zaznacz kilka jeśli trzeba):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | TAK, OWOCE I WARZYWA |  | TAK, KANAPKI |
|  | TAK, SŁODYCZE |  | TAK, WSZYSTKIE Z WYMIENIONYCH + INNE |
|  | TAK, SŁONE PRZEKĄSKI |  | NIE DOJADAM |

OBRÓBKA TERMICZNA JAKĄ NAJCZĘŚCIEJ STOSUJESZ (zaznacz kilka jeśli trzeba):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SMAŻENIE NA TŁUSZCZU |  | GOTOWANIE NA WODZIE |
|  | SMAŻENIE BEZTŁUSZCZOWE |  | DUSZENIE |
|  | PIECZENIE |  | GOTOWANIE NA PARZE |
|  | GRILLOWANIE |  | GOTOWANIE POD CIŚNIENIEM |

NAJCZĘŚCIEJ SPOŻYWANE PIECZYWO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | JASNE |  | CHRUPKIE |
|  | CIEMNE PEŁNOZIARNISTE |  | CIEMNE |
|  | MIESZANE |  | ŻADNE |

NAJCZĘŚCIEJ SPOŻYWANE PRODUKTY NABIAŁOWE (zaznacz kilka jeśli trzeba):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MLEKO |  | JOGURT |
|  | KEFIR |  | MAŚLANKA |
|  | SERY BIAŁE |  | SERY ŻÓŁTE |
|  | SERY PLEŚNIOWE |  | SERKI TOPIONE |

NAJCZĘŚCIEJ SPOŻYWANE NAPOJE (zaznacz kilka jeśli trzeba):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | WODA |  | HERBATKI OWOCOWE |
|  | KAWA |  | SOKI OWOCOWE |
|  | HERBATA CZARNA |  | SOKI WARZYWNE |
|  | SŁODKIE NAPOJE GAZOWANE |  | MLEKO |

ILE NAPOJÓW/WODY WYPIJASZ DZIENNIE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1-3 SZKLANKI |  | 9-12 SZKLANEK |
|  | 3-6 SZKLANEK |  | 12-15 SZKLANEK |
|  | 6-9 SZKLANEK |  | WIĘCEJ NIŻ 15 SZKLANEK |

CZEGO UŻYWASZ DO SŁODZENIA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CUKIER BIAŁY |  | MIÓD |
|  | CUKIER TRZCINOWY |  | SYROP Z AGAWY |
|  | SŁODZIK |  | NIE SŁODZĘ |

JAK CZĘSTO SPOŻYWASZ PRODUKTY Z PONIŻSZYCH GRUP:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CODZIENNIE** | **KILKA RAZY NA TYDZIEŃ** | **RAZ NA TYDZIEŃ** | **KILKA RAZY W MIESIĄCU** | **RAZ W MIESIĄCY** | **RZADKO** | **NIGDY** |
| NABIAŁ |  |  |  |  |  |  |  |
| WARZYWA |  |  |  |  |  |  |  |
| OWOCE |  |  |  |  |  |  |  |
| PRODUKTY PEŁNOZIARNISTE |  |  |  |  |  |  |  |
| RYBY |  |  |  |  |  |  |  |
| DRÓB |  |  |  |  |  |  |  |
| CZERWONE MIĘSO |  |  |  |  |  |  |  |
| JAJA |  |  |  |  |  |  |  |
| SŁODYCZE |  |  |  |  |  |  |  |
| ALKOHOL |  |  |  |  |  |  |  |

PRODUKTY LUB POTRAWY SZCZEGÓLNIE PRZEZ CIEBIE **NIELUBIANE** - NIE POWINNY ZNALEŹĆ SIĘ   
W DIECIE (wymień poniżej):

|  |
| --- |
|  |

PRODUKTY LUB POTRAWY BARDZO PRZEZ CIEBIE **LUBIANE** – POWINNY ZNALEŹĆ SIĘ W DIECIE (wymień poniżej):

|  |
| --- |
|  |

CZY STOSOWAŁAŚ KIEDYKOLWIEK JAKIEŚ DIETY (jeśli tak napisz jakie i opisz efekty, czy się utrzymały, na jak długo, itp.):

|  |
| --- |
|  |

JAKI JEST TWÓJ POZIOM UMIEJĘTNOŚCI W KUCHNI:

|  |  |
| --- | --- |
|  | NISKI, UMIEM ZROBIĆ PODSTAWOWE, PROSTE POTRAWY |
|  | ŚREDNI, POTRAFIĘ ZROBIĆ BARDZIEJ WYSZUKANE DANIA |
|  | WYSOKI, LUBIĘ EKSPERYMENTOWAĆ W KUCHNI |

NA PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW MOŻESZ POŚWIĘCIĆ DZIENNIE:

|  |  |
| --- | --- |
|  | PÓŁ GODZINY |
|  | GODZINĘ |
|  | WIĘCEJ NIŻ GODZINĘ |

CZY PRZEWAŻAJĄ U CIEBIE POSIŁKI:

|  |  |
| --- | --- |
|  | DOMOWE |
|  | JEDZONE NA MIEŚCIE |

JEŚLI MASZ JAKIEŚ DODATKOWE INFORMACJE LUB UWAGI WPISZ JE PONIŻEJ:

|  |
| --- |
|  |