****

**FORMULARZ DIETY ONLINE – INFORMACJE O PACJENCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES EMAIL |  |
| NR TELEFONU |  |
| DATA URODZENIA |  |
| MASA CIAŁA (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) |  |
| UZALEŻNIENIA (kawa, papierosy, alkohol, słodycze) |  |
| CZY WYPADAJĄ CI WŁOSY/ŁAMIĄ SIĘ PAZNOKCIE? |  |
| CZY ODCZUWASZ SENNOŚĆ 0,5 do 1H PO POSIŁKU? (jeśli tak napisz po jakich najczęściej) |  |
| CZY ODCZUWASZ ZMĘCZENIE W CIĄGU DNIA? |  |
| CZY MIEWASZ ZABURZENIA KONCENTRACJI, UCZUCIE PODDENERWOWANIA, ZŁOŚCI? |  |
| CZY MIEWASZ NIEPOKOJĄCE OBJAWY ZE STRONY PRZEWODU POKARMOWEGO (gazy, wzdęcia, biegunki, zaparcia)? |  |
| ILE GODZIN SYPIASZ? |  |
| CZY ŻYJESZ W DUŻYM STRESIE? (jeśli tak jak sobie z nim radzisz?) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| STOSOWANE LEKI:(napisz jakie i jakich porach) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

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 |

NAPISZ JAKIMI SPRZĘTAMI, POZA STANDARDOWYMI, DYSPONUJESZ W KUCHNI? (np. czy masz blender, gofrownicę, wolnowar, termomiks czy inne sprzęty, które ułatwiają gotowanie?)

|  |
| --- |
|  |

CZY PRZEWAŻAJĄ U CIEBIE POSIŁKI:

|  |
| --- |
|[ ]  DOMOWE |
|[ ]  JEDZONE NA MIEŚCIE |

JEŚLI MASZ JAKIEŚ DODATKOWE INFORMACJE LUB UWAGI WPISZ JE PONIŻEJ (wszystko, co powinnam jeszcze wiedzieć):

|  |
| --- |
|  |