

Poniżej znajduje się wywiad żywieniowy, który pozwoli mi ułożyć dla Ciebie plan żywieniowy dostosowany do Twoich preferencji, uwzględniający Twoje upodobania i możliwości. Dzięki niemu poznam Twoje cele. To pozwoli nam zadbać o Twoje zdrowie, osiągnąć efekty, których oczekujemy,   
a jednocześnie pozwoli mi, zaprowadzić Cię do realnego celu, który sobie stawiamy razem. Twoje cele, są moimi celami, dlatego proszę abyś odpowiadał na pytania szczerze, to pozwoli mi wprowadzać zmiany w taki sposób aby nie były one dla Ciebie drastyczne i pozwalały stawiać kolejne kamienie milowe na Naszej wspólnej drodze do sukcesu.

Wywiad składa się z kilku części, metryczki z podstawowymi danymi na Twój temat, bloku o Twoim stylu życia, bloku dotyczącego stanu zdrowia (chorób, problemów), upodobań (lub ich braku) do produktów lub grup produktów. Musimy też sobie wskazać jak ma wyglądać Twoja dieta od strony logistycznej, tzn. ile posiłków w jakiej formie, czy Twój system pracy pozwala Ci na gotowanie codziennie itp.

Mam nadzieję, że pytania nie sprawią Ci trudności, jeśli jednak coś nie będzie dostatecznie jasne, proszę-wypełnij formularz na tyle ile jesteś w stanie a wszelkie pytania możesz kierować do mnie   
w dowolnej chwili.

Pamiętaj, wszelkie wskazane przez Ciebie informacje są potrzebne do przygotowania właściwego planu żywienia, udzielenia odpowiednich wskazówek dla zmiany trybu życia. Żadna z informacji nie zostanie wykorzystana do innych celów niż przygotowanie planu żywieniowego specjalnie dla Cebie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Telefon | Mail | Preferowana forma kontaktu (proszę wskazać również preferowane godziny, jeśli takie są) |
|  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Płeć | | Wiek | Waga | Wzrost |
| Kobieta | Mężczyzna |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jaki jest Twój cel? (zaznacz krzyżykiem) | | | | |
| Chcę schudnąć | Chcę przytyć | chcę zmienić swoje nawyki | Dla zdrowia | Chcę budować sylwetkę |
|  |  |  |  |  |
| Czy chcesz zadbać o coś jeszcze? Jeśli jest coś czego nie wskazano, proszę dopisz poniżej | | | | |
| Kondycja | Koncentracja/Energia | Kondycja skóry, paznokci, włosów | Zdrowie | Poprawić wygląd |
|
|  |  |  |  |  |
|
| Inne: |  | | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| POMIARY:  (w cm) |  |
| brzuch |  |
| talia |  |
| ramię |  |
| szyja |  |
| udo |  |
| łydka |  |
| biodra |  |
| klatka piersiowa |  |

|  |
| --- |
| Czego oczekujesz od dietetyka? Wskaż co jest dla Ciebie istotne podczas współpracy? |
|
|  |
|
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Status, rodzaj pracy | | Tryb pracy | |
| Student |  | Siedzący |  |
| Praca etatowa |  | Ruch umiarkowany |  |
| Praca zmianowa/ nienormowany czas pracy |  | Dużo ruchu |  |
| emeryt, rencista/os. niepracująca |  | Nie dotyczy |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniżej znajdują się kilka kwestii, które chcę abyś wskazał czy i w jaki sposób dotyczą Ciebie. | | | | | | |
|
| Papierosy |  | Jak dużo w ciągu dnia? |  | Nie dotyczy |  |
|
| Alkohol |  | Jak często, jak dużo? |  | Nie dotyczy |  |
|
| Używki |  | Jakie, jak często? |  | Nie dotyczy |  |
|
| Leki/suplementy |  | Jakie, czy są związane z leczeniem stałym? |  | Nie dotyczy |  |
|
| Sen |  | Czy dobrze sypiasz? Jesteś wyspany? Ile sypiasz? O stałych porach? |  | | |
|
| Stres |  | Czy uważasz, że w Twoim życiu jest dużo stresu? Czy związany jest z pracą, rodziną, zdrowiem? Czy jesteś w stanie oddzielać życie prywatne i pracę? Masz metody radzenia sobie ze stresem i sytuacjami nerwowymi? Jesteś w stanie spokojnie zakończyć dzień nie myśląc o sytuacjach problemowych ze swojego życia codziennego? |  | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktywność fizyczna | | | |
| Brak |  | Jeśli podejmujesz jakąś aktywność fizyczną, co to jest i jak często? Czy ćwiczysz siłowo? Czy podejmujesz tylko lekkie aktywności? Wskaż ile lekkich/ciężkich treningów wykonujesz? |  |
| Mała |  |
| Umiarkowana |  |
| Duża |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Stan zdrowia | |
|
| Proszę wskazać wszystkie choroby i zaburzenia jakie są u Ciebie zdiagnozowanie, na które AKTUALNIE leczysz się lub nie, których odczuwasz obawy lub nie. Czy stosujesz się do zaleceń związanych z przeciwdziałaniem swoim schorzeniom? |  |
|
|
|
|
|
| Proszę wskazać choroby i lub zaburzenia, które przechodziłeś w przeszłości, również jako dziecko |  |
|
|
| Czy masz za sobą operacje, zabiegi chirurgiczne, jeśli tak to jakie? Czy masz tatuaże, kolczyki? Jak często je wykonujesz? |  |
|
|
|
| Czy często zdarza Ci się przeziębienie, grypa, osłabienie? Ile razy w ciągu roku zdarzają Ci się tego rodzaju choroby? |  |
|
|
|
| Czy byłaś lub jesteś w ciąży? Czy podczas niej występowały jakieś schorzenia?  Czy przebiegała poprawnie? Proszę wskazać wszelkie uwagi do jej przebiegu |  |
|
|
|
|
| Czy masz alergie? Na co? Czy kiedykolwiek była podejmowana diagnostyka w tym kierunku? |  |
|
|
| Czy masz jakieś nietolerancje? Czy była kiedykolwiek podejmowana diagnostyka w tym kierunku? |  |
|
|
| Czy zdarzają Ci się bóle głowy, nudności, lub inne objawy, których nie znasz podłoża? Jeśli tak to jakie? |  |
|
|
|
| Czy uważasz, że masz predyspozycje do tycia? Czy w rodzinie występuje otyłość? Czy zdarzały Ci się zmiany wagi, jeśli tak to w jakich okolicznościach? Ile kg? |  |
|
|
|
| Czy stosowałeś diety? Jeśli tak to jakie? Jak długo? Jak często? Stworzone samodzielnie, czy przez specjalistę? |  |
|
|
| Czy często zdarzało CI się przebywać antybiotykoterapię? Jeśli tak to jak często? |  |
|
| Czy odczuwasz dolegliwości ze strony układu pokarmowego? Takie jak biegunka, zaparcia, zgaga, bóle brzucha, przelewanie, wzdęcia, nudności, wymioty. Jeśli tak to jakie? W jakich okolicznościach? Po spożyciu jakich produktów? Zaważasz zależności? |  |
|
|
|
|
|
| Jak często się wypróżniasz? |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Kiedy masz największą ochotę na jedzenie? |  |
|
| Czy zdarza Ci się podjadać, jeśli tak to w jakich okolicznościach? |  |
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| Posiłki spożywane w ciągu dnia. Ile? Jakie? Jak często |  |
|
|
|
| Czy dojadasz między posiłkami? |  |
|
| Czy jadasz śniadania i/lub 2 śniadanie? Co najchętniej, o której godzinie? (orientacyjnie) |  |
|
|
|
|
| Czy jadasz obiady? Co najczęściej, o której godzinie? (orientacyjnie) |  |
|
|
|
| Czy jadasz kolacje? Co najczęściej, o której godzinie? (orientacyjnie) |  |
|
|
|
|
| Ile i jakich napojów wypijasz w ciągu dnia? Jeśli są słodzone proszę to zaznaczyć |  |
|
|
|
|
| Opisz po kolei wczorajszy lub inny standardowy dzień. Co jadłeś od rana do wieczora. |  |
|
|
|
|
|
| Czy spożywasz produkty takie jak "gorący kubek", zupki chińskie, gotowe sosy, gotowe dania-mrożone pizze, zapiekanki, makarony do odgrzania, gotowe zupy? Wskaż wszystkie, produkty, które są "gotowcami", które spożywasz, nawet jeśli nie są tu wymienione. |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
| Spożywasz gotowe sosy, ketchup, majonez, musztarda? Jeśli ta, jakie? |  |
|
|
|
|
| Czy często jadasz fast-foody? Jak często? Czy jadasz często na mieście? Jakie dania? |  |
|
|
|
|
|
| Jakie czynności towarzyszą jedzeniu? Czy zawsze jadasz w spokoju o konkretnej godzinie? |  |
|
|
|
|
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Produkty, potrawy które bardzo lubisz, jadasz. | Warzywa | Owoce |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Mięso | Ryby |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Produkty i potrawy mączne, naleśniki, chleb, bułki, makarony, placki… | Ryże i kasze |
|
|
|  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| Nabiał | Napoje |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Przyprawy i dodatki | Gotowe produkty, przekąski, smakołyki |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| Produkty, potrawy których nie lubisz, nie jadasz. Zaznacz te, których nie lubisz szczególnie | Warzywa | Owoce |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Mięso | Ryby |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Produkty i potrawy mączne, naleśniki, chleb, bułki, makarony, placki | Ryże i kasze |
|
|
|  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| Nabiał | Napoje |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
| Przyprawy i dodatki | Gotowe produkty, przekąski, smakołyki |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| Produkty, na które masz stwierdzone nietolerancje |  |
|
|
|
|
|
| Produkty, potrawy po których czujesz się źle, ale nie masz stwierdzonej nietolerancji. Co się wtedy dzieje? |  |
|
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| Czy lubisz orzechy, suszone owoce? Jakie? |  |
| Jak często jadasz owoce? Jakie najchętniej? |  |
| Jak często jadasz warzywa? Jakie najchętniej? |  |
| Jak często jadasz mięso? Jakie najchętniej? |  |
| Jak często jadasz ryby? Jakie najchętniej? |  |
| Jak często jadasz owoce morza? Jakie najchętniej? |  |
| Jak często jadasz pieczywo? Jakie najchętniej? |  |
| Czy słodzisz? Czym? |  |
| Jak często spożywasz produkty mączne? |  |
| Czym smarujesz pieczywo? |  |
| Jaki tłuszcz wybierasz do smażenia, na zimno? |  |
| Jak często jadasz przetwory mleczne? |  |
| Jak często spożywasz jaja? |  |
| Jakie wędliny jadasz? I jak często |  |
| Czy jesz zupy? Jakie najchętniej, jak często? |  |
|  |  |
| Preferowane smaki potraw, preferowany rodzaj kuchni (smaki włoskie, chińskie itp.) |  |
|
|
| Preferowane przyprawy |  |
| Z czego nie jesteś w stanie zrezygnować? |  |
| Czy gotujesz tylko dla siebie? |  |
| Czy masz dostęp do mikrofalówki w pracy? |  |

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