

Formularz medyczno-żywnieniowy

Dane personalne

Imię i Nazwisko:

Adres e-mail:

Nr telefonu:

Data urodzenia /wiek:

Pomiar ciała

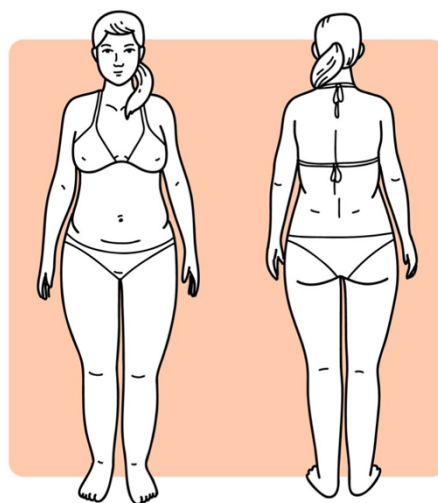
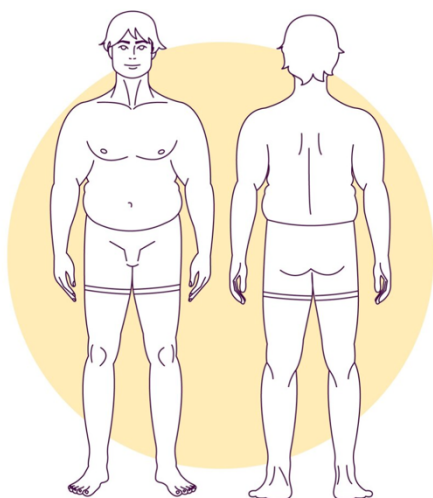
Masa ciała [kg]:

Wzrost [cm]:

Obwód talii [cm]:

Obwód bioder [cm]:

Obwód brzucha/pas [cm]:



Praca

Rodzaj wykonywanej pracy:

- Praca fizyczna
- Praca mobilna
- Praca biurowa

Godziny pracy:

- 06:00-14:00
- 07:00-15:00
- 08:00-16:00
- 09:00-17:00
- 14:00-22:00

Aktywność fizyczna

- Siedzący tryb życia, praca biurowa, brak aktywności fizycznej w ciągu tygodnia
- Siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 razy w tygodniu aktywność fizyczna około 1h
- Średnio aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca do 1h
- Aktywny tryb życia, codzienna aktywność trwająca dłużej niż 1h
- Praca fizyczna, duży wysiłek fizyczny

Jaka jest częstotliwość aktywności fizycznej?

- Codziennie
- Rzadko
- 1 raz w tygodniu
- 1 raz w miesiącu
- Brak aktywności (brak motywacji, brak wolnego czasu itp.)
- Nie lubię ćwiczyć
- Inne

Jak długo trwa aktywność fizyczna?

- Godzina
- 1,5 godziny
- 2 godziny
- Inne

Jaki rodzaj aktywności fizycznej wykonujesz?

- Siłowy
- Oporowy
- Wytrzymałościowy
- Aerobowy
- Interwały
- Zajęcia np.: z trenerem personalnym
- Inne

W jakim odstępie czasu jesz przed treningiem?

- 2 godziny przed
- 1 godzinę przed
- 30 min przed
- Nie jem przed treningiem
- Inne

Jakie płyny wypijasz podczas aktywności fizycznej?

- Woda / ile:
- Izotonik / ile:
- Inne / ile:

Stres

Odporność na stres w skali od 1 do 10

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Stres a jedzenie

- Zajadam stres
- Brak apetytu
- Nie ma znaczenia
- Inne

Pytania ogólne

W jakich porach masz największą ochotę na jedzenie?

- Zaraz po przebudzeniu
- Do południa
- Po południu
- Wieczorem
- W nocy

Czy są potrawy, po których źle się czujesz?

- TAK (Jakie?
- NIE

Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia?

- 1-2
- 2-3
- 4-5
- 5-6

Który z posiłków jest najbardziej obfity?

- Śniadanie
- Drugie Śniadanie
- Przekąska
- Obiad
- Podwieczorek

- Kolacja

Czy podjadasz między posiłkami?

- TAK (Co to jest i ile?):
- NIE

Jak często jesz dania typu Fast Food?

- Codziennie
- 1 raz na tydzień
- 1 raz na miesiąc
- Rzadko
- Wcale
- Inne

Ile wody pijesz i jaką w ciągu dnia?

Ile:

- 500 ml na dobę
- 1 l na dobę
- 2 l na dobę
- 2,5 l na dobę
- 3 l na dobę

Jaką?

- Niegazowana
- Gazowana
- Woda z cytryną
- Woda z sokiem owocowym zagęszczonym

Ile kawy i herbaty pijesz w ciągu dnia?

- 1-2 (250ml)
- 3-4 (250ml)

- 5-6 (250ml)
- Więcej ile?:

Inne napoje np.: soki owocowe, warzywne, napoje gazowane?

Jakie i ile?:

Czy palisz papierosy?

- TAK
- NIE

Czy spożywasz alkohol? Jak często?

- Codziennie
- Okazjonalnie
- Nie pije alkoholu

Choroby metaboliczne

Czy cierpisz na wymienione schorzenia (schorzenie stwierdzone przez lekarza)?

Jednostka chorobowa	Kiedy stwierdzona?	Przyjmowane leki
Cukrzyca		

Insulinooporność		
Miażdżyca		
Nadciśnienie		
Niedociśnienie		
Choroby serca: niewydolność/ zawały		

Choroby nerek: kamica/resekcja/ niewydolność		
Tarczyca: niedoczynność/nadczynność/Hashimoto/resekcja		
Choroby wątroby: stłuszczenie/niewydolność/zapalenie		
Choroby przewodu pokarmowego: wrzody żołądka/ wrzody jelita/zgaga/refluks/wzdęcia/jelito drażliwe/hemoroidy/h.pylori		
Zatrzymanie wody w organizmie		

Migreny/stres/depresja		
Inne wyżej nie wymienione:		

Alergie i nietolerancje pokarmowe

Jednostka chorobowa	Kiedy stwierdzona?	Przyjmowane leki
Astma		
Pyłki: Jakież?		

Sierść/kurz		
Alergie pokarmowe:		
Inne alergie:		
Nietolerancje pokarmowe: np.: laktoza, gluten, fruktoza		

Zalecane badania do wykonania przed pierwszą wizytą
(bądź dostarczenie aktualnych badań laboratoryjnych)

Nazwa badania	Wynik	Data badania
Morfologia z rozmazem		
Ciśnienie tętnicze		
Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)		
Glukoza na czczo		
Żelazo (Fe)		
Ferrytyna		
TSH, FSH, FT3, FT4		
Próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL)		
Histamina		
Prolaktyna		
Testosteron		
Witamina D3		
Witamina B12		
Homocysteina		
Kreatynina		
Krzywa insulinowa (jeśli była wskazana do wykonania)		
Prolaktyna		

*Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej oraz zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

****Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz medycznych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury dietoterapii – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r. Poz. 1182).

.....
(data, czytelny podpis)