

ANKIETA

DIETA W CHOROBY



twojanowadieta.pl

DANE PACJENTA / PACJENTKI

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Email:

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyty. Jak również do przesyłania informacji o nowościach i promocjach w gabinecie. Udzielona zgoda może być przez Ciebie w każdej chwili wycofana poprzez przesłanie emaila na adres dietetyk@twojanowadieta.pl

PYTANIA POMOCNICZE

Wzrost:		Wiek:	
Obecna masa ciała:		Płeć:	
Opisz ogólnie swoją pracę np.: siedząca, stojąca, fizyczna, zmianowa np. zmiana nocna			
Skąd dowiedziałeś / łaś się o poradni dietetycznej Twoja Nowa Dieta?			
Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w próbach odchudzania			
Jaki jest Twój poziom motywacji do odchudzania?			
Co spowoduje, że poczujesz się jeszcze bardziej zmotywowana /ny?			
Czy stosowałeś/aś diety?	NIE	TAK	
		Jakie to były diety i kiedy to było?	
		Jakie były rezultaty stosownych diet?	
W jakiej masie ciała czujesz się dobrze?			
O której godzinie wstajesz?			
O której godzinie idziesz spać?			
Kto w Twoim domu przyrządza posiłki?			
Ile szklanek wody mineralnej wypijasz w ciągu dnia, oraz jakiej firmy?			
Ile kaw wypijasz w ciągu dnia i ile łyżeczek cukru dodajesz do kawy? Czy kawa pijesz z mlekiem (ilu %), czy bez mleka?			
Ile herbaty wypijasz w ciągu dnia i ile słodzisz?			
Czy lubisz słodycze?			

Czy jesteś wegetarianinem / ką? Jakiego rodzaju?									
Jak często się wypróżniasz? Raz dziennie, dwa razy dziennie, raz na dwa dni, raz na tydzień?									
Jakie jest Twoje ciśnienie tętnicze?									
Czy masz wzdęcia?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Czy odczuwasz skurcze łydek?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Czy masz zajady?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Czy masz drżenie powiek?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Czy masz zgagę?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Czy masz obrzęki?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Czy masz wrzody?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Czy potrafisz żyć bez słodczy?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Obejrzyj język i napisz, czy jest chropowaty różowy, gładki różowy, zawiera nalot biały, nalot żółty?									

WYMIENŃ PRODUKTY ZGODNIE Z KATEGORIAMI:

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, których nie lubię:

STAN ZDROWIA

Czy masz choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza? Jakie?	
Czy zażywasz jakieś leki, witaminy, suplementy lub preparaty odchudzające, wzmacniające?	
Czy chorujesz na cukrzycę? Jaki typ? Bierzesz insulinę?	
Czy masz alergię pokarmową? Na jakie produkty?	
Czy masz jakieś dolegliwości zdrowotne? Jeśli tak to jakie? Dokładny opis dolegliwości zdrowotnych:	