

ANKIETA

DIETA ODCHUDZAJĄCA



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 stosowanych 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 słodczy?							
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		NIE	Czy odczuwasz skurcze łydek?	TAK		NIE
Czy masz zajady?	TAK		NIE	Czy masz drżenie powiek?	TAK		NIE
Czy masz zgagę?	TAK		NIE	Czy masz obrzęki?	TAK		NIE
Czy masz wrzody?	TAK		NIE	Czy potrafisz żyć bez słodczy?	TAK		NIE
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 masz alergię pokarmową? Na jakie produkty?	