

# ANKIETA

## ZMIANA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH



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](mailto: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?					
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?					
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 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?	