

**ANKIETA  
PRZED WIZYTĄ**

**WIEK :** .....

Imię i nazwisko:

**WZROST :** .....

Data urodzenia:

Tel. kontaktowy:

E-mail do wysłania diety i/lub kontaktu:

Grupa krwi:
-------------

Wykonywany zawód (lub uczeń, emeryt, rencista, bezrobotny/a):	
Opisz ogólnie swoją pracę np. siedząca przy komputerze, stojąca, zmianowa, w samochodzie:	

Skąd się dowiedziałeś/aś o moim gabinecie? Zaznacz proszę odpowiedź.	Z polecenia znajomych	Z mediów społecznościowych	W przychodni	Inne miejsce ? .....
Czy czujesz się dobrze ze swoją masą ciała?				
Z jaką masą ciała czułbyś/abyś się lepiej?				
Czy stosowałeś/aś już diety? Jakie były rezultaty tych diet?				
Co zniechęcało do kontynuowania diety?				
Jak oceniasz swoją codzienną aktywność? Zaznacz proszę odpowiedź.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mało aktywny (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam)</li> <li>• Umiarkowany (jestem w ruchu przez cały dzień)</li> <li>• Aktywny (uprawiam sport co najmniej 3xtyg)</li> <li>• Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę:.....</li> </ul>			
Czy w dzieciństwie, młodości lub przed kilkoma laty uprawiałeś/aś sport? Jeśli tak jaką?				
Gdzie lubisz ćwiczyć?				
Jakie masz hobby?				
Co jesz zwykle na pierwszy posiłek dnia ? O której jest ten posiłek jest?				
Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia? Liczba posiłków głównych i liczba przekąsek/przegryzek:				
Jakie robisz odstępy między posiłkami (ile godzin mija między kolejnymi posiłkami)?				
Który posiłek jest dla Ciebie najważniejszy i dlaczego?				
Czy planujesz co zjesz na określony posiłek?				
Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego? Jeśli tak kiedy?				
Co lubisz jeść? Do jakich produktów masz szczególną słabość?				
Kto w domu gotuje? Kto przyrządza posiłki?				

Ile litrów/szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?	
Ile kaw wypijasz w ciągu dnia? Czy dodajesz mleko, cukier, słodziki lub syrop do kawy?	
Jakie inne płyny wypijasz w ciągu dnia np. soki, cola, herbata z cukrem?	
Jak często się wypróżniasz? Czy bez trudności?	
Czy stosujesz jakieś środki/metody wspomagające wypróżnianie?	
Czy spożywasz alkohol? Jak często i jaki?	
Czy potrafisz żyć bez słodczy?	
Czy używasz przypraw typu maggi, vegeta, kostki rosółowe? Jak często?	
Czy Twój obecny sposób odżywiania się opiera się na jakichś zasadach? zaleceniach? Jeśli tak to na jakich?	

### Krótki dzienniczek żywieniowy

Opisz rozkład swojego tygodnia – chodzi o czynności stale wykonywane i takie, które są nie do przesunięcia, np.: pobudka, wyjście do pracy/szkoły, powrót do domu, zakupy, trening/aktywność fizyczna, kursy/szkolenia, posiłki rodzinne, kościół, pory spania. Jadłospis może być z 2-3 dni (ważne, żeby nie odbiegał od tego, który dotychczas był stosowany):

NAZWA POSIŁKU I GODZINA:	DZIEŃ 1	DZIEŃ 2	DZIEŃ 3	DZIEŃ 4	DZIEŃ 5

Jeśli ciężko w tej tabeli zamieścić rozkład Twojego tygodnia – rozpisz go w dowolnie inny sposób na kartce papieru.

## LUBIĘ NIE LUBIĘ

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, których nie lubię ale zjem jak trzeba:	Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno:

## ZDROWIE

Na konsultację zabierz ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/medyczne/fizjoterapeutyczne.

Czy na coś chorujesz? Jakie choroby?	
Czy zażywasz jakieś leki? Jakie?	
Czy zażywasz jakieś suplementy, witaminy? Jakie?	
Czy masz problemy z kręgosłupem lub stawami? Jakie?	
Przebyte operacje? Jakie?	
Czy masz problemy z układem krążenia?	
Czy znasz swoje ciśnienie krwi? Jakiego rzędu są to wartości?	
Czy wiesz jaki masz poziom glukozy na czczo?	
Czy palisz papierosy? Ile?	
Czy cierpisz na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?	
Czy masz alergię? Na jakie produkty?	
Dotyczy kobiet: Czy obecnie karmisz piersią? Jak długo?	
Dotyczy kobiet: Czy planujesz w najbliższym czasie zająć w ciążę?	

<b>Dla osób wysyłających ankietę mailem (I wizyta online)* – proszę o podanie następujących danych:</b>	Wzrost: Obecna masa ciała:									
<b>Pomiary wykonane będą na I wizycie: (jeśli I wizyta odbywa się online- proszę zrobić pomiary samodzielnie przed I wizytą)</b>	DATA									
	Obwód klatki piersiowej:									
	Obwód tali:									
	Obwód bioder- K/ bicepsa- M:									
	Obwód łydki:									
<b>Wygląd języka: (ocena na wizycie)</b>										
<b>Stan włosów i paznokci: (ocena na wizycie)</b>										
<b>Stan cery: (ocena na wizycie)</b>										

*Udostępniony przez Państwa adres e-mail będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych. Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na mój adres e-mail. Jednocześnie zapewniam, że Państwa adres e-mail nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.*

#### OŚWIADCZENIE

*Zgadzam się na kopiowanie udostępnionych przeze mnie badań laboratoryjnych, USG i innych dotyczących mojego stanu zdrowia istotnych pod kątem wywiadu żywieniowego w gabinecie Alina Babińska dietetyk kliniczny psychodietetyk doradztwo żywieniowe & fitness.*

*Informacje zawarte w ankiecie są poufne i nie są udostępniane osobom trzecim do wglądu. Stosowanie zalecanego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność stosującego. Jeżeli masz wątpliwości co do stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do zalecanej diety zasięgnij opinii swojego lekarza. Zaleca się aby przed przystąpieniem do jakiegokolwiek aktywności ruchowej oraz przed zastosowaniem jakiegokolwiek programu dietetycznego zasięgnąć porady swojego lekarza.*

.....  
data i podpis