**

*MEDICAL ZEN*

*Paulina Jasińska*

*Ul. Wojciechowskiego 2a*

*Szczecin*

*Tel.883542656*

***ANKIETA – DIETETYKA***

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko : |
| Wiek: |
| Data urodzenia: |
| Wzrost: |
| Waga:  |
| Obwód talii:  |
| Obwód bioder: |

STATUS: uczeń-student/praca zawodowa/nie pracuje/emeryt-rencista

RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY:

PRACA: siedząca/stojąca

ILOŚĆ GODZIN SPĘDZONYCH W PRACY W CIĄGU DNIA:

ILOŚĆ GODZIN POŚWIĘCONYCH NA ODPOCZYNEK W CIĄGU DNIA:

ŚREDNIA ILOŚĆ GODZIN SNU:

**ROZKŁAD DNIA**

W tabelce uzupełnij stałe, powtarzające się czynności – pobudka, wyjście do pracy, kursy, trening, posiłki z rodziną itp.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godzina |  |  |  |  |  |  |  |
| PON. |  |  |  |  |  |  |  |
| WT. |  |  |  |  |  |  |  |
| ŚR. |  |  |  |  |  |  |  |
| CZW. |  |  |  |  |  |  |  |
| PT. |  |  |  |  |  |  |  |
| SOB. |  |  |  |  |  |  |  |
| ND. |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Czy w przeszłości stosowała Pan(i) diety odchudzające? Czy korzystałą Pan(i) z pomocy dietetyka? Jak tak to z jakim rezultatem? |  |
| 2. Co wpłynęło na podjęcie przez Pan(i) decyzji o skorzystaniu z pomocy dietetyka? Jaki cel chciałaby Pan(i) osiągnąć? |  |
| 3. Jakie obawy ma Pan(i) w związku z przejściem na dietę? |  |
| 4. Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą? Jaka waga by Cię usatysfakcjonowała? |  |
| 5. Czy chorujesz przewlekle na jakąś chorobę? (cukrzyca, miażdżyca, hipercholesterolemia, nadciśnienie, choroby serca, niedoczynność/nadczynność tarczycy, choroby nowotworowe, depresja, stwierdzone zaburzenia odżywiania -anoreksja, bulimia) |  |
| 6. Czy przyjmujesz leki? Jeżeli tak wymień ich nazwy |  |
| 7. Czy masz problemy z ….  | wzdęciami |
| Zaparciami, biegunką |
| refluksem |
| bólami brzucha |
| częstymi przeziębieniami |
| Trądzikiem, wysypkami |
| 7. Czy masz alergie pokarmową? Stwierdzone nietolerancje pokarmowe? Jeżeli tak to na jakie produkty? |  |
| 8. Czy masz alergię wziewną? |  |
| 9. Czy po zjedzeniu jakiś produktów odczuwasz wzdęcia, niestrawność, bóle brzucha, zgagę? |  |
| 10 Czy palisz papierosy? Pijesz alkohol? Stosujesz inne używki? |  |
| 11. Dla kobiet: Czy jesteś w ciąży? Połogu? Karmisz piersią? Planujesz począć dziecko? |  |
| 13. Czy uprawiasz jakiś sport? Jesteś aktywny ruchowo? Ile godzin w tyg. spędzasz aktywnie? Jaki jest to typ wysiłku: lekki/umiarkowany/ciężki? Czy chodzisz na spacery? |  |
| 14. Czy odczuwasz bóle mięśniowe, bóle stawów, kręgosłupa? |  |

**PREFERENCJE ŻYWNOŚCIOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Co lubię jeść najbardziej** | **Co mogę zjeść jeżeli trzeba** | **Czego nigdy nie zjem** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**WARZYWA/ OWOCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **WARZYWA które najbardziej lubię** | **OWOCE które najbardziej lubię** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Śniadanie:**

**Co najczęściej jem na obiad?:**

**Co najczęściej jem na deser?:**

**Co najczęściej jem na kolacje?:**

**Jakie przekąski najczęściej stosuje?**

**Co najbardziej lubię wypijać:** napoje/soki/cola/kawa/herbata/ wino/woda/ inne:…………

**Do czego mam największą słabość:**

**W jakich restauracjach lubię jadać:na miescie :**

**NAWYKI ŻYWIENIOWE:**

**Ile posiłków Pan(i) zjada w ciągu dnia:**

**Czy jada pan regularnie o stałych porach?**

**Czy przygotowuje Pan(i) posiłki do pracy?**

**Czy jada Pan(i) z rodziną? Czy przygotowuje Pan(i) posiłki dla całej**

**rodziny?**

**Czy pije Pan(i) kawę/herbatę? Ile filiżanek dziennie? Czy używa Pan(i) cukru/mleka?**

**Czy spożywa Pan(i) nabiał? Jak tak to w jakiej postaci? Jak często? Ile?**

**Czy jada Pan(i) pieczywo? Jakie? Jak często? Ile?**

**Czy jada Pan(i) mięso? Jakie? Jak często? Ile?**.........................................................................................

**Czy spożywa Pan(i) ryby? Jakie? Jak często? Ile?**

**Czy jada Pan(i) rośliny strączkowe? Jak często? Ile? Jakie są to strączki?**

**Czy soli Pan(i) potrawy?**

**Czy używa Pan(i) przypraw?**

**Czy używa Pan(i) ziół? pierz**

**Czy zażywa Pan(i) suplementy diety? Jakie? W jakich dawkach?**

**Najczęstszy sposób obróbki żywności: gotowanie**/duszenie/na parze/smażenie:olej kokosowy, na czym Pan(i) smaży)/inne…………………………………………………………………………….

**Czy spożywa Pan(i) produkty wysoko przetwożone, zupki z torebek, dnia w proszku? Jak często i jakie są to produkty?**............................................................................

**Czy miewa Pan(i) napadowe chęci zjedzenia słodyczy? Kiedy one najczęściej występują?**...................................................................

**Czy je Pan(i) w nocy?**.........................................................

**DZIENNIK ŻYWIENIOWY**

Przez tydzień zapisuj dokładnie, co zjadłeś/zjadłaś, w jakiej ilości ( szklanka, garść, torebka, kawałek wielkości pięści, talii kart, krążka hokejowego, łyżka, łyżeczka).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA/DZIEŃ TYG./GODZINA** | **Artykuł żywnościowy** | **Ilość** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DZIENNIK AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data/dzień tyg./godzina** | **Rodzaj wykonywanej aktywności** | **Czas wykonywanej aktywności** | **Zmęczenie:** niewielkie /umiarkowane/ intensywne |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Jakie preferuje aktywności fizyczne?**

**Jakie partie ciała chciałbym/chciałabym wymodelować?**

**Jak często mogę ćwiczyć? Ile chciałabym przeznaczyć na to czasu?**

**W skali od 1-10 jak oceniam swoją kondycje i poziom wytrenowania?**

**Czy podczas ćwiczeń odczuwam dolegliwości bólowe? W jakich miejscach?**

**Jakie partie mięśniowe uważam za słabe ?**

**Jakie obawy odczuwam w związku z ćwiczeniami?**