

## Ankieta Dietetyk

1. Imię Nazwisko

.....  
2. Data urodzenia

.....  
3. Wzrost

.....  
4. Obecna waga

.....  
5. Jak oceniasz swój aktualny stan zdrowia?

- bardzo dobrze
- dobrze
- mogłoby być lepiej
- źle
- bardzo źle

6. Jaki jest cel wizyty? Jakie masz oczekiwania od dietetyka?

.....  
7. Powód wizyty?

- dla zdrowia
- zmiana nawyków na lepsze
- przewlekłe zmęczenie; brak energii
- schudnąć/przytyć
- problemy z jelitami
- problemy ze skórą/włosami/paznokciami itp
- planuję zostać mamą/tatą
- jestem w ciąży
- Inne:.....

8. Kim jesteś?

- uczeń/student
- osoba pracująca
- sportowiec
- emeryt
- Inne:.....

9. Jaki jest Twój charakter pracy?

- siedzący
- umiarkowany ruch
- dużo ruchu
- mieszana
- zajmuje się domem

10. W jakich godzinach pracujesz?

.....

11. O której zazwyczaj wstajesz?

.....

12. O której zazwyczaj idziesz spać?

.....

13. Jaki jest Twój poziom energii?

- przewlekłe zmęczenie, trud we wstawaniu, budzenie się bez energii
- częste odczuwanie zmęczenia, brak chęci/motywacji
- niski poziom energii, ale daje radę z codziennymi obowiązkami
- wszystko w porządku, chętnie podejmuję codzienne wyzwania
- Inne:.....

14. Jeśli zaznaczyłeś, którąś z pierwszych trzech odpowiedzi, opisz szerzej objawy. Czy zmęczenie pojawia się po posiłku? Czy zmęczenie/senność towarzyszy Ci przez cały dzień?

.....

.....

15. Czy jesteś w ciąży?

- tak
- nie
- planuję
- nie dotyczy

16. Czy karmisz piersią?

- tak
- nie
- Inne:.....

17. Miesiączka:

- regularnie
- nieregularnie
- brak
- bolesne
- obfite
- Inne:.....

18. Używki:

- papierosy
- alkohol
- nie stosuję
- Inne:.....

19. Jak często stosujesz powyższe używki?

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- okazjonalnie
- wcale
- Inne:.....

20. Czy regularnie uprawiasz aktywność fizyczną?

- tak
- nie

21. Jaki rodzaj aktywności fizycznej podejmujesz?

.....

22. Czy zmagasz się z nietolerancjami pokarmowymi? Jeśli tak, wymień jakie są to nietolerancje.

.....

23. Od kiedy wiesz o swojej nietolerancji?

.....

24. Czy w związku z nietolerancją była wykonywana diagnostyka w tym kierunku? Jeśli tak to jaka?

.....

25. Czy cierpisz obecnie na którekolwiek z poniższych schorzeń?

- insulinooporność
- cukrzyca typu I
- cukrzyca typu II
- cukrzyca ciążowa
- PCOS
- trądzik
- łuszczyca
- AZS
- nadciśnienie tętnicze
- miażdżyca
- choroba wieńcowa
- choroba wrzodowa żołądka
- choroba wrzodowa dwunastnicy
- wzdęcia
- zespół jelita drażliwego
- zgaga
- refluks
- biegunki
- zaparcia
- niedoczynność tarczycy
- Hashimoto
- Graves-Basedow
- celiakia
- nietolerancja laktozy
- osteoporoza
- anemia
- problem z zasypianiem
- wzmożony apetyt
- senność po posiłku
- problem z wypadaniem włosów
- problem z łamliwymi paznokciami
- przewlekłe zmęczenie
- RZS
- Nie cierpię na żadne z powyższych schorzeń
- Inne:.....

26. Jak długo cierpisz na powyższe schorzenie/a?

.....

27. Czy w Twojej rodzinie jest ktoś kto cierpi na podobne schorzenia?

- tak
- nie
- nie wiem

28. Jakim rodzajem porodu przyszłaś/przyszedeś na świat?

- Poród naturalny
- Cesarskie cięcie
- Nie wiem

29. Czy w ostatnim czasie przychodziłaś/łeś operacje/zabieg w obrębie jamy brzusznej/przewodu pokarmowego?

- tak
- nie

30. Jeśli tak, jaki był to zabieg?

---

31. Oceń swoją odporność na stres w skali od 1-10 (1-niska odporność; 10-wysoka odporność).

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

32. Stres, a jedzenie?

- podjadanie
- brak apetytu
- nie ma wpływu
- Inne:.....

33. Jak się czujesz ze swoją obecną wagą?

- chce schudnąć
- chce przytyć
- jest dobrze
- Inne:.....

34. Czy stosowałaś/łeś kiedyś specjalne diety, ograniczenia żywieniowe?

- tak
- nie

35. Jeśli tak to jakie?

---

36. Czy udało Ci się na nich schudnąć?

- tak
- nie

37. Czy po powyższej diecie wystąpił efekt jo-jo?

- tak
- nie
- Inne:.....

38. Przyjmowane leki/suplementy:

.....

39. Kiedy masz największą ochotę na jedzenie?

- rano, do południa
- po południu
- wieczorem
- nuda/TV/komputer/praca
- Inne:.....

40. Ile posiłków dziennie spożywasz?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Inne:.....

41. Opisz przykładowy dzień, co w danym dniu zjadłaś/łeś. Punktując - śniadanie (dodając szczegółowe informacje - potrawy, ilość, rodzaj produktów), obiad, kolacja - w zależności od tego ile rzeczywiście jesz.

.....

.....

.....

42. Czy podjadasz pomiędzy posiłkami?

- tak
- nie
- zdarza się

43. Jeśli tak, podaj jakiego rodzaju są to produkty?

- słodyczne
- słone przekąski
- orzeszki
- wafle ryżowe
- Inne:.....

44. Jak często pojawiają się w Twojej diecie posiłki typu fast food?

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- 1x w tygodniu
- 1x na 2 tygodnie
- 1x w miesiącu
- wcale
- Inne:.....

45. Jaki rodzaj płynów przeważa w Twojej diecie?

- woda niegazowana
- woda gazowana
- herbata
- kawa
- soki/nektary owocowe, warzywne
- świeże soki
- napoje gazowane
- napoje gazowane typu light
- zioła
- energetyki
- Inne:.....

46. Ile płynów wypijasz dziennie? (możesz oszacować w postaci szklanek)

.....

47. Ile razy dziennie pijesz kawę?

.....

48. Czy stosujesz dodatki do kawy/herbaty, wymień (np. mleko, cukier, miód itp.). Podaj ilość.

.....

49. W jakich porach jesz zazwyczaj poszczególne posiłki? Wypisz kolejno wraz z godzinami.

.....

50. Gdzie spożywasz wypisane wyżej posiłki? (dom, praca, szkoła) wypisz kolejno posiłki z miejscami, w których je konsumujesz. Dzięki temu będę mogła dopasować poszczególne posiłki, na ciepło/do zabrania ze sobą.

---

51. Jeśli spożywasz posiłki poza domem, czy masz możliwość odgrzania wcześniej przygotowanego dania? (mikrofalówka w pracy, opiekacz itp.).

tak

nie

52. Jakich produktów nie lubisz i nie chciałbyś/chciałabyś mieć w otrzymanym przeze mnie jadłospisie?

---

53. Bez jakich produktów nie wyobrażasz sobie swojej diety?

---

54. Jakie posiłki najbardziej lubisz? Co najczęściej przygotowujesz dla siebie? Wypisz kilka propozycji; np. makarony, dania mięsne, zupy krem, naleśniki.

---

55. Jakiego rodzaju pieczywo wybierasz?

jasne

tostowe

żytnie

razowe

graham

pełnoziarniste

mieszane

Inne:.....

---

56. Jak często jadasz warzywa?

codziennie 4-5 porcji

codziennie 1-2 porcji

1x na 2 dni

rzadziej

Inne:.....

---



57. Jak często jadasz owoce?

- codziennie 3-4 porcje
- codziennie 2-3 porcje
- 1x na 2 dni
- rzadziej
- Inne:.....

58. Czy spożywasz mleko, produkty mleczne, sery, itp.?

- tak
- nie

59. Jakiego rodzaju nabiał najczęściej spożywasz?

.....

60. Ile miesięcznie możesz przeznaczyć na zakup żywności?

- chcę jeść oszczędnie
- chcę jeść oszczędnie, ale mogę sobie pozwolić na produkty z wyższej półki
- koszt nie ma dla mnie dużego znaczenia, liczy się jakość produktów
- Inne:.....

61. Który z posiłków jest u Ciebie największy?

- śniadanie
- drugie śniadanie
- obiad
- podwieczorek
- kolacja
- Inne:.....

62. Czy stosujesz specjalny sposób odżywiania?

- wegetarianizm
- weganizm
- bez ryb/ owoców morza
- nie, nie stosuję żadnego specjalnego sposobu odżywiania
- Inne:.....