

WYWIAD PSYCHODIETETYCZNY

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:.....
e-mail: Telefon:.....
Wzrost: Waga:.....

2. Cel wizyty (*schudnąć/przytyć, dla zdrowia, zmiana nawyków żywieniowych/bo ktoś mi zasugerował/dla siebie*) . **Czego oczekujesz od dietetyka?**

.....
.....
.....

3. Zawód:

Wykonywany zawód:
Charakter pracy (*siedząca/umiarkowana/dużo ruchu*):
Zmiana pracy (ranna/popołudniowa/nocna). Proszę podać godziny:.....
.....

4. Zdrowie:

Na co chorujesz?.....
.....

Jakie odczuwasz dolegliwości?.....
.....
.....

Przyjmowane leki:
.....

Przyjmowane suplementy:
.....

Czy przeszedłeś/eś dużo antybiotykoterapii?.....
.....

Czy masz dolegliwości/choroby o podłożu psychologicznym? (*nerwica, lęki, depresja, fobia itp.*).....
.....
.....

Czy przeszedłeś/eś operacje/zabiegi?.....
.....

Czy masz alergię/nietolerancje pokarmowe? Jak tak, to jakie są objawy?.....
.....
.....

Czy masz problemy z wypróżnianiem? (*biegunki/zaparcia/normalny stolec*). Jak tak, to jak często się wypróżniasz.....
.....

5. Żywnienie:

Ile spożywasz posiłków w ciągu dnia?.....
.....

W jakich godzinach spożywasz posiłki (*śniadanie/II śniadanie/obiad/podwieczorek/kolacja*).....
.....

Czy używasz cukru do słodzenia?.....
.....

Czy dużo solisz?.....
.....

Jak często spożywasz fast foody i jedzenia na mieście?.....
.....

Co zazwyczaj pijesz w ciągu dnia?.....
.....

Ile litrów wody pijesz w ciągu dnia?.....
Jak często w ciągu tygodnia spożywasz produkty:
-mączne.....
-mleczne.....
-mięsne.....
Jak często spożywasz owoce i warzywa w ciągu tygodnia?.....

Czy jadasz produkty bogate w błonnik? Jeśli tak, to jakie i jak często w ciągu tygodnia (*płatki owsiane/kasze/ pieczywo pełnoziarniste/orzechy itp.*).....

Czy podjadasz pomiędzy posiłkami? Jeśli tak, to co to są za produkty?.....
.....
.....

6. Styl życia:

Czy uprawiasz sport/aktywność fizyczną? Jak tak, to jak często?.....

Jak wygląda Twój rytm snu ? (*regularny/nieregularny*). Ile godzin śpisz?.....

Kto w domu robi zakupy?.....
Kto w domu odpowiada za przyrządzanie posiłków?.....

Czy podczas uroczystości (*urodziny, imieniny, święta, imprezy*) potrafisz kontrolować ilość i rodzaj zjadanego posiłku? Czy masz umiar w jedzeniu?.....

Czy jesz pod wpływem emocji? (np. stresu, z nudów, ze smutku, z radości).....

Jeżeli podjadasz pomiędzy posiłkami, to z jakiego powodu?.....

Jak postrzegasz swoją samoocenę? Jakie masz poczucie własnej wartości?.....

Czy liczy się dla Ciebie Twój wygląd? Czy liczysz się ze zdaniem innym na temat Twojego wyglądu, zachowania?.....

Jaką masz motywację w zmianie nawyków żywieniowych/odchudzaniu/zdrowym odżywianiu?.....

Stosowałaś/eś już jakieś diety? Jeśli tak, to jakie były efekty?.....

7. Proszę uzupełnić tabelę dotyczącą preferencji żywieniowych.

8. Inne:

Skąd dowiedziałas/eś o tej poradni psychodietetycznej?.....

Dodatkowe uwagi (jeżeli masz dodatkowe pytania, uwagi, informacje).....
.....
.....