

WYWIAD PSYCHODIETETYCZNY

► Pytania do dziecka

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:..... Data urodzenia:.....

Wzrost:..... Waga:.....

O której godzinie wstajesz?.....

O której godzinie chodzisz spać? Czy w ciągu dnia są drzemki?.....

O której godzinie spożywasz posiłki?

Śniadanie:..... II śniadanie..... Obiad.....

Podwieczorek..... Kolacja.....

Czy spożywasz posiłki na mieście? Co najczęściej wybierasz?.....

Czy jesz śniadanie?.....

Czy do obiadu spożywasz warzywa?.....

Czy posiłki zjadasz do końca?.....

Czy podjadasz między posiłkami? Jak tak, to co to za przekąski?.....

Czy jesz przed

TV?.....

Czy uprawiasz sport? Jaki i ile razy w ciągu tygodnia?.....

Czy bawisz się w domu czy na dworze?.....

Co pijesz w ciągu dnia? (*woda, herbata, sok*).....

Czy lubisz swój wygląd? Czy ma on dla Ciebie znaczenie?.....

Czy interesuje Ciebie zdanie rówieśników na swój temat?.....

► Pytania do rodziców

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka:.....

Telefon:..... e-mail:.....

Cel wizyty:.....

Czy dziecko miało problemy ze ssaniem mleka?.....

Czy były problemy z jedzeniem za pomocą łyżeczki?.....

Jak wyglądało jedzenie twardych pokarmów? (*dławilo się, wypluwało*)

Jak wyglądało rozszerzanie diety? Czy dziecko lubiło poznawać nowe smaki? Czy chętnie jadło?.....

Czy dziecko często łapie infekcje?.....

Czy dziecko często dostaje antybiotyk?.....

Czy dziecko ma alergię/nietolerancję pokarmową?.....

Czy występują problemy skórne? (*pokrzywka, egzema, łuszczyca, świąd, wysypka, trądzik*).....

Niepokojące objawy ze strony układu pokarmowego?.....

Czy występują gazy, wzdęcia?.....

Jak często i jakie są wypróżnienia? (*zaparcia, biegunka, wygląd stolca, zapach*).....

Jakie techniki kulinarne stosują Państwo w domu? (*grilowanie, smażenie, gotowanie, duszenie*).....

Czy dziecko ma dostęp do słodczy, przekąsek?.....

Jakie i w jakiej ilości dziecko zjada przekąski w ciągu dnia/tygodnia?.....

Czy dziecko jest nagradzane, przekupywane, pocieszane, karane jedzeniem?.....

Czy zjada chętnie posiłki?.....

Czy zabawiają Państwo dziecko, by zjadło posiłek? Czy zjada tyle, ile chce?.....

Czy dziecko je przy stole, przed TV, podczas zabawy?.....

Czy dziecko domaga się przekąsek w ciągu dnia?.....

Czy dziecko potrafi nie jeść przekąsek, mimo że stoją na stole?.....

Czy jedzą Państwo wspólnie posiłki?.....

Kiedy w ciągu dnia dziecko spożywa najczęściej posiłki? (*rano, w południe, popołudniu, wieczorem, przed snem*).....

Z jakich produktów dziecko nie jest w stanie zrezygnować?.....

Ile razy w tygodniu dziecko je:

mięso..... ryby..... produkty mączne.....

warzywa..... owoce..... nabiał..... tłuszcze.....

Proszę uzupełnić **tabelę dotyczącą preferencji żywieniowych**.

Inne:

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

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