

Ankieta dietetyczna pacjenta

Data konsultacji:

Dane personalne pacjenta

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

e-mail:

Rodzaj wykonywanej pracy:

Choroby występujące w rodzinie:

.....

.....

Cel wizyty

Pomiary antropometryczne

Masa ciała:

Wzrost:

BMI:

Obwód talii:

Obwód bioder:

WHR:

Obwód ramienia:

Obwód klatki piersiowej:

Obwód szyi:

Zawartość tkanki tłuszczowej:

Zawartość tkanki mięśniowej:

Wyniki badań laboratoryjnych

Informacje dotyczące chorób i stylu życia

Przebyte lub obecne choroby:

- miażdżyca
 - choroby jelit
 - alergię (jakie):
 -
 - nietolerancje pokarmowe (jakie):
 -
 - inne
 -
- cukrzyca
 - zaparcia
- nadciśnienie
 - biegunki

Wykonywana aktywność fizyczna:

.....

Ile razy w tygodniu:

Przyjmowane leki (jakie):

.....

.....

Stosowane używki (jakie i w jakiej ilości):

.....

.....

.....

Stosowane diety (jakie, jak długo, z jakim rezultatem):

.....

.....

.....

.....

Miejsca, gdzie najczęściej są spożywane posiłki:

- dom
- praca
- restauracje, bary, stołówki itp.
- inne (jakie)?

Ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia:

Godziny posiłków:

Regularność spożywanych posiłków:

Odstępy między posiłkami:

Sposób obróbki kulinarnej:

.....

Ulubione produkty:.....

.....

.....

Produkty unikane:

.....

.....

Zwyczajowy sposób żywienia

Proszę zaznaczyć posiłki, które spożywa Pan/i zwyczajowo i o jakiej porze:

Posiłek	Nie spożywam	Spożywam regularnie	Spożywam nieregularnie	Godzina
I śniadanie				
II śniadanie				
Obiad				
Podwieczorek				
Kolacja				
Pojadanie między posiłkami				

Proszę zaznaczyć jak często Pan/i spożywa poniższe produkty:

Produkty	Częstotliwość spożywania
Mleko i jego przetwory	
Mięso, wędliny, drób	
Ryby i przetwory rybne	
Jaja	
Pieczywo, kasze, makarony, kluski, pierogi	
Warzywa, owoce	
Masło, margaryny, oleje	
Słodycze, ciasta, miód, cukier	
Płyny (jakie)?:	Częstotliwość wypijanych płynów

W tabelce proszę wpisać najbardziej standardowy sposób żywienia LUB sposób żywienia w dniu poprzedzającym wizytę dietetyczną.

Posiłek	Godzina	Potrawy/ produkty	Miara (np. ilość kromek, łyżek, szklanek)
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Deklaracja pacjenta:

Oświadczam, że przeprowadzono ze mną wywiad dietetyczno-medyczny, w toku którego podałam/ podałem prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Podczas wywiadu nie zataiłam/ zataiłem żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób, w tym zabiegów operacyjnych oraz branych leków i suplementów.

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na proponowaną procedurę dietetyczną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.07.1997r., Dz. U. Nr 133, poz. 883) przez dietetyka klinicznego Joannę Polak. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/ poinformowany o prawie wglądu do moich danych oraz prawie do ich poprawienia i usunięcia, a także o tym, że podanie ich jest dobrowolne.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis – imię i nazwisko