

Dane osobowe

Imię i nazwisko	
Wiek / data urodzenia	
Miejsce zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	

Pomiary Antropometryczne

Masa ciała	
Wzrost	
Obwód talii (u pań mierzone w połowie odległości pomiędzy dolnym brzegiem łuku żebrowego, a górnym brzegiem talerza kości biodrowej; u panów na poziomie pępka)	
Obwód bioder (u pań mierzone w miejscu największego obwodu bioder; u panów na poziomie górnego końca kości udowej)	

Cel stosowania diety

Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę

<input type="checkbox"/>	Chcę się odchudzić i na stałe zmienić nawyki żywieniowe
<input type="checkbox"/>	Chcę utrzymać efekty diety odchudzającej, którą obecnie stosuję
<input type="checkbox"/>	Moja masa ciała jest właściwa, ale chcę zastosować zasady zdrowego odżywiania
<input type="checkbox"/>	Cierpię na różne dolegliwości i dlatego chcę zmienić sposób odżywiania
<input type="checkbox"/>	Uprawiam sport i chcę zoptymalizować swój sposób odżywiania
<input type="checkbox"/>	Chcę przytyć

Od kiedy Pan/i ma nadwagę?	
Czy stosował/a Pan/i diety odchudzające? Jakiej? Z jakim efektem?	
Dlaczego chce Pan/Pani schudnąć?	
Jaką masę ciała chciałby/chciałyby Pan/Pani osiągnąć?	

Informacje ogólne

Wykonywany zawód	
Godziny pracy	
Rodzaj wykonywanej pracy (praca siedząca, umiarkowanie ciężka, ciężka, fizyczna itp.)	
Przerwy w pracy na posiłek (tak/nie, ile, o jakiej porze?)	
Czy w miejscu pracy istnieje możliwość podgrzania posiłku i/lub zagotowania wody?	
Czy uprawia Pan/i sport lub inną aktywność fizyczną? Jeśli tak, to jaką i jak często?	

Stosowane używki / ile dziennie?	
Papierosy	
Alkohol	
Kawa	
Mocna herbata	
Inne (jakie?)	
O której godzinie Pan/i wstaje w dni pracujące?	
O której godzinie Pani/i wstaje w dni wolne od pracy?	
O której godzinie Pan/i kładzie się spać w dni pracujące?	
O której godzinie Pan/i kładzie się spać w dni wolne od pracy?	
Wywiad żywieniowy	
Ile Pan/i spożywa posiłków w ciągu dnia?	
Pory / godziny spożywanych posiłków	
Śniadanie	Podwieczorek
Drugie śniadanie	Kolacja
Obiad	Dodatkowe posiłki/przekąski
O której godzinie spożywany jest ostatni posiłek? Na ile godzin przed snem?	
Jak często jada Pan/i poza domem? Jakiego rodzaju są to posiłki?	
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na śniadanie (np. pieczywo, nabiał, jajka, mięso, warzywa i owoce, produkty zbożowe, inne - jakie?)	
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na II śniadanie (np. pieczywo, nabiał, jajka, mięso, warzywa i owoce, produkty zbożowe, inne - jakie?)	
Produkty i potrawy spożywane na obiad (rodzaj i częstotliwość spożycia w tygodniu)	
Zupy (np. zabiłane, zagęszczane, zupy krem, klarowne, itp.)	
Mięsa (np. chude, tłuste, wieprzowina, wołowina, drób, smażone, pieczone, itd)	
Ryby (chude, tłuste, smażone, pieczone, w panierce, bez panierki)	
Ziemniaki, kasze, makarony	

Justyna Pardyka Dietetycznie

Warzywa / owoce					
Inne (dania mączne - pierogi, kopytka, itp, wegetariańskie, dania gotowe)					
Z ilu dań składa się obiad, które danie jest bardziej preferowane?					
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na podwieczorek / przekąskę (np. pieczywo, nabiał, jajka, mięso, warzywa i owoce, produkty zbożowe)					
Produkty i potrawy najczęściej spożywane na kolację (np. pieczywo, nabiał, jajka, mięso, warzywa i owoce, produkty zbożowe)					
Produkty najczęściej podjadane?					
W jakich sytuacjach Pan/i podjada? (np. stres, smutek, zmęczenie, nuda)					
Najczęściej stosowane techniki kulinarne (gotowanie, smażenie, pieczenie, duszenie, inne - jakie?)					
Rodzaje spożywanego tłuszczu (do smażenia, gotowania, smarowania pieczywa, pieczenia, sałatek)					
Stosowane dodatki do potraw (ketchup, musztarda, majonez, inne - jakie?)					
Ilość i rodzaj wypijanych płynów w ciągu dnia					
z cukrem	bez cukru	soki owocowe	napoje gazowane	napoje energetyczne	woda
Inne, jakie?					
Preferowany smak potraw - słodki/słony/ostry/ziołowy/inny, jaki?					
Z jakich produktów nie jest Pan/i w stanie zrezygnować ?					
Jakich produktów i/lub potraw Pan/i nie lubi?					

Justyna Pardyka Dietetycznie

Produkty przeciwwskazane ze względu na stan zdrowia?	
Czy są potrawy/produkty, po których czuje się Pan/i źle? Jakie to są produkty i jakie dolegliwości Pan/i odczuwa?	
Jak ocenia Pan/i swoje umiejętności kulinarne? Czy lubi Pan/i gotować?	
Czy może Pan/i przygotowywać posiłki na bieżąco? Ile czasu może Pan/i poświęcić na przygotowanie posiłku?	
Jaką kwotę w skali miesiąca przeznaczają Pan/i na zakup produktów spożywczych w przeliczeniu na Pana/Pani osobę? (orientacyjna kwota w przybliżeniu)	
Czy ktoś inny poza Panem/Panią będzie jadł przygotowywane posiłki?	

Stan zdrowia

Stwierdzone przez lekarza choroby
Czy pozostaje Pan/i pod stałą opieką lekarza specjalisty? Jeśli tak, to jakiego?
Dolegliwości związane z przewodem pokarmowym (np. zaparcia, biegunki, zgaga, wzdęcia, inne – jakie?)
Inne dolegliwości (uderzenia gorąca, zmęczenie, problemy ze snem, sucha skóra, wypadanie włosów, inne)
Inne choroby towarzyszące
Alergie i nietolerancje pokarmowe (jakie?)
Stosowane leki / suplementy diety / witaminy / antykoncepcja

Czy ktoś w rodzinie cierpi na choroby tarczycy, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze lub nadwagę/otyłość?	
Czy obecnie występują u Pana/Pani choroby i/lub dolegliwości związane z przewodem pokarmowym?	
Jak często się Pan/i wypróżnia?	
Wyniki badań	
Ciśnienie tętnicze	
Poziom cholesterolu (całkowity, HDL, LDL, nie-HDL Trójglicerydy)	
Glukoza na czczo mg/dl Insulina	
Insulina na czczo mg/dl	
Data ostatnich badań	
Uwagi do jadłospisu	

Wypełniając formularz wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w wywiadzie żywieniowym dla potrzeb niezbędnych w celu realizacji usługi dietetycznej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Justyna Pardyka Dietetycznie z siedzibą przy ul. Jantarowej 22/3, 81-187 Gdynia. Dane zostały przekazane przez Panią/Pana dobrowolnie w celu realizacji usług dietetycznych. Pani/Pana dane osobowe są przechowywane i przetwarzane tylko i wyłącznie w celu świadczenia usług dietetycznych. Dane te nie są przekazywane innym podmiotom.

wypełniony formularz proszę odesłać na adres kontakt@pardykadietetycznie.pl