

# WYWIAD ŻYWIENIOWY

## Kontakt

Imię i nazwisko

data urodzenia

--	--

nr telefonu

email

--	--

## Budowa ciała

wzrost

masa ciała

--	--

Obwód talii

obwód brzucha

obwód bioder

--	--	--

\* Analiza składu ciała (jeśli masz to wyślij osobno w pliku)

## Cel i motywacja

Co chcesz osiągnąć (czego oczekujesz od dietyka)

--

Czy stosowałeś/-aś kiedykolwiek jakąś rozpisaną dietę?

Jakie były rezultaty? Czy był efekt jo-jo? Czy byłeś/-aś zadowolony/-a?

\*Załącz w osobnym pliku rozpisaną dietę, jeśli taką masz

W jakich godzinach funkcjonujesz?

Jakie masz godziny pracy:

O której masz przerwę w pracy?

Czy w pracy możesz zjeść ciepły posiłek?

Czy pracujesz w systemie II lub III zmianowym (opisz dokładnie)?

## **Dieta nawyki** Opisz 1-2 dni swojej diety

Zapisz co i ile jadłeś, co piłeś i o których godzinach. Postaraj się zamieszczać miary domowe, tj 1 łyżeczka, 1 kromka, 2 szklanki (np. śniadanie 8:00 2 kromki chleba razowego, łyżka masła, 2 plastry sera żółtego, czarna kawa+ 1 łyżeczka miodu)

Dzień 1 (godzina wstania, godzina pójścia spać)

Dzień 2 (godzina wstania, godzina pójścia spać)

Czy jadasz regularnie?

Ile posiłków z reguły zjadasz?

Kiedy najbardziej czujesz się głody?

Czy podjadasz (co)?

Czy kupujesz słodczyce, przekąski słone?

Czy pije wodę (ile)?

Czy pijesz kawę (ile)?

Czy słodzisz (ile)?

Czy kupuje gotowe soki (ile na dzień)?

Czy pijesz alkohol (ile na tydzień)?

Czy masz zaparcia?

Czy stosujesz leki wspomagające?

Z czego najtrudniej będzie Ci zrezygnować na diecie?

Ważne: co bardzo lubisz, po czym się dobrze czujesz

Czego nie lubisz/nie możesz jeść?  
(alergia/choroba/preferencja)

Ważne: opisz jakich owoców/ warzyw/ ryb/ mięsa/ kasz  
NIE LUBISZ lub NIE MOŻESZ jeść

\*Jeśli masz rozpisaną dietę- załącz osobny plik w mailu.

Czy lubisz ciepłe czy zimne śniadania  
(owsianki, kasze)?

Czy lubisz obiady 1 czy 2-daniowe?

Czy jesz ciepłe czy zimne kolacje  
(sałatki, kanapki)?

Ile czasu masz na gotowanie na dobę?

Wypisz swój sprzęt AGD

(parowar, blender, piekarnik,  
garnek do gotowania na parze,  
grill, toster, gofrownica, wyciskarka,  
inne)

### **Aktywność fizyczna**

Co trenujesz:

W jakie dni trenujesz:

Ile aktywność trwa:

(opisz godzinę rozpoczęcia, zakończenia ćwiczeń w poszczególne dni)

\*Załącz plik z tygodniowym planem treningowym jeśli masz

Co jesz przed ćwiczeniami:

Co jesz/ pijesz podczas:

Co jesz/pijesz po:

Czy bierzesz odżywki (jakie?):

### Zdrowie

choroby przewody pokarmowego

*refluks żołądkowo-przełykowy, choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, zespół jelita drażliwego, choroba L-C, WZJ, wzdęcia, otłuszczenie, niewydolność, zapalenie, kamica żółciowa, zapalenie trzustki*

## choroby układu krążenia

*nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, miażdżyca, żylaki, choroby naczyń limfatycznych, zawały, zakrzepica,*

## choroby układu moczowego:

*choroby nerek (zapalenie, niewydolność, wycięta), kamica nerkowa (jaka*

## choroby nowotworowe:

## choroby autoimmunologiczne:

*-choroby tarczycy: Hashimoto, Gravesa-  
Basedowa  
-choroby tkanki łącznej: RZS, łuszczyca stawów  
-nieswoiste zapalenie jelit: WZJ, choroba  
Crohna  
-choroba nadnerczy: choroba Addisona  
-choroby neurologiczne: stwardnienie rozsiane  
-choroby skóry: łuszczyca, bielactwo,  
stwardnienie rozsiane  
-niedokrwistość Addisona-Biermera*

## choroby układu kostno-stawowego

*osteoporoza, osteomalacja, reumatyzm,  
RZS, itp.*



choroby układu rozrodczego:

problemy skórne

*bielactwo, łuszczyca, AZS, itp*

choroby metaboliczne:

cukrzyca, podwyższony cukier, dna  
moczanowa, hiperlipidemia, otyłość

Alergie i nietolerancja pokarmowa:

*(wypisać dokładnie na co?)*

inne:

Jakie leki stosujesz/dawki i na co?

Jakie suplementy diety stosujesz?

Podstawowe badania krwi

Dodatkowe badania z krwi:

\*Jeśli posiadasz wyniki badań- wyślij kopię/  
zdjęcie w załączniku

Czy regularnie miesiączkujesz (kobiety)?

Data ostatniej miesiączki?

Uwagi dla dietetyka: