

ANKIETA I DZENNICZEK ŻYWIENIOWY

Dietetyk mgr Agata Grabowska

Upprzejmie proszę o wypełnienie ankiety żywieniowej oraz prowadzenie dzienniczka żywieniowego przez 7 kolejnych dni. W dzienniczku proszę zapisywać godzinę spożycia posiłku, jego skład oraz gramaturę/miarę domową.

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Aktualna masa ciała(kg):

Wzrost(cm):

Obwody jeśli są znane:

- Talia (cm)
- Biodra(cm)
- Udo (cm)
- Ramię (cm)

Cel wizyty (redukcja masy ciała, przyrost masy ciała, zdrowie, inne):

Czy w przeszłości miała Pani/Pan problemy z masą ciała? (nadwaga, niedowaga)

Czy w Pani/Pana rodzinie występowały problemy z nadwagą, otyłością bądź niedowagą?

Jak wyglądały nawyki żywieniowe w Pani/Pana domu? (np. duże porcje, słodkie przekąski, nagradzanie słodyczami, wspólne posiłki itp.)

2. Styl życia i pracy

- Rodzaj i czas pracy (siedząca, stojąca, fizyczna, zmiany, nieregularna)

- Godziny pracy/dzień:
- Liczba godzin snu/dobę:
- Jakość snu (dobra, przerywana, problemy z zasypianiem)
- Czy wysypia się Pani/Pan:
- Poziom stresu (1-10):
- Sposoby radzenia sobie ze stresem (aktywność fizyczna, słuchanie muzyki, jedzenie emocjonalne, rozmowa z bliskimi, inne):

3. Używki:

- Alkohol (nie piję, okazjonalnie, regularnie)- ile, jaki?
- Papierosy (tak, nie) – ile dziennie?
- Inne np. energetyki:

4. Aktywność fizyczna

- Rodzaj aktywności fizycznej
- Częstotliwość :.....razy/tydzień
- Czas trwania treningu :.....min
- Intensywność (niska, umiarkowana, wysoka):
- Cel aktywności fizycznej (redukcja tkanki tłuszczowej, budowa mięśni, poprawa kondycji, inne)

5. Historia medyczna

- Przebyte choroby, operacje, hospitalizacje:
- Aktualne dolegliwości (zmęczenie, bóle głowy, stawów, dolegliwości przewodu pokarmowego, inne) :
- Leczenie specjalistyczne (np. endokrynolog, diabetolog, kardiolog, gastrolog itp.):
- Obecnie występujące choroby (np. niedoczynność tarczycy, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, wysoki poziom cholesterolu we krwi, choroby serca, nerek; nowotwory, astma itp.)
- Czy w rodzinie występują choroby przewlekłe? Jeśli tak to jakie?
- Występujące alergie – jeśli tak to jakie?
- Występujące nietolerancje pokarmowe –jeśli tak to jakie i od kiedy ?
- Problemy żołądkowo-jelitowe (wzdęcia, zaparcia, biegunki, refluks, inne):
- Częstotliwość wypróżnień (codziennie, co 2-3 dni, rzadziej):

6. Leki i suplementy

- Stałe leki (nazwa, dawka, częstotliwość, od kiedy stosowane)
- Suplementy diety (nazwa, dawka, częstotliwość, od kiedy stosowane)
- Preparaty witaminowe/mineralne

Wywiad żywieniowy

1. Czy kiedykolwiek stosowała Pani/Pan jakieś diety? Jeśli tak to jakie, przez jaki okres czasu? Jak wyglądała ta dieta?
2. Ile posiłków w ciągu dnia Pani/Pan spożywa?
3. Czy posiłki spożywane są regularnie (o określonych porach i w równych odstępach czasowych)?
4. Ile czasu przed snem spożywa Pani/Pan ostatni posiłek?
5. Czy spożywa Pani/Pan posiłki w spokojnej atmosferze czy w pośpiechu?
6. Czy przy spożywanych posiłkach korzysta Pani/Pan z telefonu, tabletu, laptopa czy ogląda Pani/Pan telewizję?
7. Czy podjada Pani/Pan między posiłkami? Jeśli tak to co jest podjadane? Proszę wymienić wszystkie spożywane produkty między posiłkami.
8. Czy spożywa Pani/Pan obiad składających się z dwóch dań?
9. Czy spożywane posiłki są przygotowywane przez Panią/Pana czy są to kupne dania?
10. Czy spożywa Pani/Pan posiłki na mieście? Jeśli tak to jakie i jak często?

11. Jaki rodzaj pieczywa Pani/Pan spożywa (pszenne, razowe, żytnie, graham, mieszane itp.) ?
12. Czy smaruje Pani czymś pieczywo (masło, margaryna, serek kanapkowy, smalec, masło orzechowe itp.)?
13. Jakie produkty zbożowe Pani/Pan spożywa (makaron pszenny, mąka pszenna, ryż biały, makaron razowy, ryż brązowy, gruboziarniste kasze, mąka żytnia itp.)?
14. Czy spożywa Pani/Pan ziemniaki? Jeśli tak to jak często oraz czy są podawane z sosami/zasmażkami/tłuszczem czy bez niczego?
15. Jaki rodzaj mięsa Pani/Pan spożywa (drobiowe, wieprzowe, wołowe itp.)?
16. Czy spożywa Pani/Pan ryby i owoce morza? Jeśli tak to jakie i jak często?
17. Jakie wyroby mięsne Pani/Pan spożywa (parówki, kiełbasy, konserwy mięsne, pasztet, mielonki, salceson, szynki itp.)?
18. Jakie produkty mleczne Pani/Pan spożywa i jak często ? (sery, jogurty owocowe i naturalne, kefir, maślanka, twarogi, serki wiejskie itp.)
19. Jak często spożywa Pani/Pan jajka? W jakiej formie?
20. Jak często spożywa Pani/Pan warzywa?
21. Jak często spożywa Pani/Pan owoce?
22. Jakiego tłuszczu używa Pani/Pan do smażenia?

23. Jaką obróbkę termiczną stosuje Pani/Pan do przygotowywania potraw? (smażenie, pieczenie, gotowanie, gotowanie na parze, duszenie, smażenie beztłuszczowe)
24. Jakich przypraw do przygotowywania posiłków Pani/ Pan używa?
25. Czy dużo Pani/Pan soli?
26. Czy spożywa Pani/Pan słodkie, słone przekąski lub inne niezdrowe produkty? Jeśli tak to jakie i jak często?
27. Czy spożywa Pani/Pan wyroby cukiernicze takie jak np.: drożdżówki, pączki, ciasta, eklery itp.? Jeśli tak to jakie i jak często?
28. Czy spożywa Pani/Pan fast foody? Jeśli tak, to jakie i jak często?
29. Co Pani/Pan pije w ciągu dnia?
30. Ile litrów wody wypija Pani/Pan w ciągu dnia?
31. Ile kawy i jaką wypija Pani/Pan w ciągu dnia? (czarna, z mlekiem, cappuccino, latte, espresso itp.)
32. Ile herbaty i jakiej wypija Pani/Pan w ciągu dnia?
33. Czy sodzi Pani/Pan kawę/herbatę? Jeśli tak, to ile i czym ?
34. Czy spożywa Pani/Pan słodkie napoje gazowane? Jeśli tak to jakie, ile i jak często?
35. Czy spożywa Pani/Pan soki owocowe? Jeśli tak to jakie, ile i jak często?
36. Czy spożywa Pani/Pan soki warzywne? Jeśli tak to jakie, ile i jak często?

Preferencje żywieniowe

- **Jak najczęściej wyglądają Pani/Pana śniadania?**
 - ☐ wytrawne (np. kanapki, jajka, warzywa)
 - ☐ słodkie (np. płatki, owsianka, naleśniki, jogurt z owocami)
 - ☐ mieszane
 - ☐ inne:
- **Jak najczęściej wyglądają Pani/Pana kolacje?**
 - ☐ lekkie (np. sałatka, zupa)
 - ☐ bardziej obfite (np. ciepły posiłek z mięsem/rybą)
 - ☐ słodkie (np. jogurt, owoce, płatki, ciasto)
 - ☐ inne:
- **Jak często wybiera Pani/Pan słodkie śniadania (np. owsianka, płatki z mlekiem, rogalik, naleśniki)?**
 - ☐ codziennie
 - ☐ kilka razy w tygodniu
 - ☐ sporadycznie
 - ☐ nigdy
- **Jak często je Pani/Pan słodką kolację (np. jogurt z owocami, kanapka z kremem czekoladowym, ciasto)?**
 - ☐ codziennie
 - ☐ kilka razy w tygodniu
 - ☐ sporadycznie
 - ☐ nigdy
- **Czy są produkty i potrawy, które szczególnie Pani/Pan lubi? Jeśli tak to jakie?**

- **Czy są produkty i potrawy, których Pani nie lubi bądź unika w diecie? Jeśli tak to jakie?**

DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY - 7 DNI

Dzień tygodnia i data:		
GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

Dzień tygodnia i data:		
GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

Dzień tygodnia i data:

GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

Dzień tygodnia i data:

GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

Dzień tygodnia i data:

GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

Dzień tygodnia i data:

GODZ. SPOŻ. POSIŁKU	SKŁAD POSIŁKU (POTRAWA, PRODUKT, NAPÓJ)	MIARA DOMOWA GRAMATURA

