



KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY-ZDROWOTNY

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza **on-line** lub **pisemnie, drukowanymi literami** i zwrótne przesłanie kwestionariusza w formie pliku pdf./doc./skanów/zdjęć na adres e-mail: dominika.gronska.dietetyk@gmail.com

Wysyłając wypełniony formularz wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych w celu opracowania indywidualnych zaleceń dietetycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Nie ponoszę odpowiedzialności za efekty konsultacji w przypadkach poświadczania nieprawdy przez pacjenta oraz okazania nieaktualnych wyników badań laboratoryjnych!

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania (nieobowiązkowe):		Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:	Data urodzenia:	
Wykonywany zawód: <i>(uczeń/ student/ osoba pracująca/ osoba nie pracująca/ emeryt/ rencista)</i>		
Jaki jest Twój cel wizyty? Dlaczego chcesz wprowadzić zmiany? <i>(schudnąć/ przytyć, dla zdrowia, zmiana nawyków na lepsze, dla kogoś dziecko/ mąż/ żona/ rodzina/ chłopak/ dziewczyna, cierpię na chorobę przewlekłą, wsparcie przez zabiegiem operacyjnym (rehabilitacja), inne...)</i>		
Czy uprawiasz regularnie sport?	Rodzaj uprawianego sportu:	Ile razy w tygodniu trenujesz?
Choroby alergiczne <i>(astma, pyłki (jakie?), sierść/ kurz, pokarmy (jakie?), leki, inne...)</i>		
Choroby występujące w najbliższej rodzinie? <i>(rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)</i>		
Choroby genetyczne:		

Nietolerancje pokarmowe:		Czy była wykonywana diagnostyka?
<p>Na jakie choroby cierpisz i od kiedy? (np. cukrzyca, wysoki poziom glukozy we krwi; miażdżyca, wysoki poziom cholesterolu we krwi; choroby serca: niewydolność, zawały; nadciśnienie, niskie ciśnienie krwi; choroby nerek; choroby tarczycy; choroby trzustki; choroby wątroby; nowotwory, jakie?; osteoporoza; depresja, zaburzenia lękowe; choroby neurologiczne; choroby układu pokarmowego; zaburzenia metaboliczne; choroby autoimmunologiczne; choroby przewlekłe; inne...)</p>		
<p>Planowane leczenie np. chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, leczenie celowane, leczenie chirurgiczne, inne... (pytanie dotyczy pacjentów onkologicznych):</p>		
<p>Czy występują problemy skórne? (np. wysypka, trądzik, egzema, łuszczyca, grzybica, opryszczka, owrzodzenia, atopowe zapalenie skóry, inne...)</p>		
<p>Miesiączka (regularne, nieregularne, bolesne, brak, inne):</p>		
Czy jesteś odporna/ny na stres?		Poziom stresu w skali (1-5): 1-b.mała, 5-b.duża
<p>Stan układu pokarmowego (czy występuje np. zgaga, refluks, wrzody, H.Pylori, wzdęcia, gazy, nudności, wymioty, brak apetytu, problemy z przełykaniem, ból przy przełykaniu, brak śliny, wycięty pęcherzyk żółciowy, kamica (jaki rodzaj?), hemoroidy, jelito nadwrażliwe, SIBO, SIFO, IMO, choroby zapalne jelit, inne...):</p>		
<p>Czy korzystasz z żywności medycznej tzw. „nutidrinki”?</p>		
<p>Czy było stosowane u Ciebie leczenie żywieniowe? (żywienie dojelitowe, pozajelitowe, mieszane)</p>		
Jak często się wypróżniasz?	Czy stosujesz środki przeczyszczające?	Jakie środki przeczyszczające stosujesz?
Czy przechodziłaś/leś zabiegi/operacje?	Jakie zabiegi/operacje? Kiedy?	
Czy przyjmujesz leki/suplementy/antykoncepcję hormonalną?	Jakie? (nazwa, dawka, jak długo przyjmujesz)	
Czy obecnie często chorujesz?	Jak oceniasz swoją odporność?	

Czy masz problemy ze snem? (<i>śpię dobrze całą noc, bezsenność, wybudzanie nocne, podjadanie w nocy, inne...</i>)	
Zmiany masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy:	Czy czujesz się dobrze ze swoją masą ciała?
Czy stosujesz/stosowałeś diety odchudzające/eliminacyjne/głodówki?	
Ile posiłków dziennie spożywasz?	Pory posiłków w ciągu 24h:
Czy są produkty/potrawy po których czujesz się źle? Jeśli tak, to jakie?	
Czy występują u Ciebie zaburzenia odżywiania? (<i>np. napadowe objadanie, niejedzenie ok. posiłków, głodzenie, inne...</i>)	
Opisz krótko, jak wygląda <u>aktualnie</u> Twój typowy dzień pod względem spożycia posiłków:	
Czy po posiłkach masz spadek energii?	Czy podjadasz między posiłkami? Co i w jakich sytuacjach?
Ulubione produkty i potrawy:	
Wyniki badań (<i>mogą być dołączone w formie załącznika: mogą być zlecone dopiero po konsultacji z dietetykiem</i>)	
Ogólne (<i>mogą być bezpłatnie zlecone przez lekarza w ramach POZ</i>): UWAGA! O rodzaju wykonywanych badań decyduje lekarz! -morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), CRP, poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c), ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu, ilościowe oznaczanie białka w moczu, ilościowe oznaczanie glukozy w moczu, badanie ogólne kału, antygen H. pylori, -sód, potas, wapń zjonizowany, żelazo, stężenie transferyny, mocznik, kreatynina, glukoza, test obciążenia glukozą, białko całkowite, proteinogram, prealbumina, albumina, białko C-reaktywne (CRP), kwas moczowy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL, cholesterol-LDL, triglicerydy (TG), bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, fosfataza alkaliczna (ALP), aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGT), amylaza, kinaza kreatynowa (CK), fosfataza kwaśna całkowita (ACP), czynnik reumatoidalny (RF), miano antystreptolizyn O (ASO), hormon tyreotropowy (TSH), FT3, FT4, antygen HBs-AgHBs, VDRL ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, anty-CCP, ciśnienie tętnicze krwi, kolonoskopia, gastroskopia.	
Czy przeszedłeś/przeszedłaś dużo antybiotykoterapii? (<i>ile mniej/więcej? Kiedy?</i>)	
Co chcesz otrzymać? (<i>ogólne zalecenia żywieniowe/ szczegółowe zalecenia żywieniowe/ zalecenia żywieniowe dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego/ leczenia onkologicznego/ jadłospis 7-dni (dodatкова oplata)</i>)	

Czy jest coś jeszcze, o czym powinienam wiedzieć?

.....

.....
data i czytelny podpis