



KWESTIONARIUSZ PACJENTA

Szanowni Państwo,

wszystkie informacje przekazane w poniższej ankiecie stanowią podstawę do ustalenia prawidłowego postępowania żywieniowego, dlatego prosimy o przemyślane wypełnienie wywiadu.

Brak kompletu informacji o stanie zdrowia może skutkować niepożądanymi efektami wdrożonej diety.

Wszelkie udostępnione przez Pana/Panią informacje / wyniki badań / bez względu na ich rodzaj i nośnik objęte są tajemnicą i nie będą udostępniane osobom trzecim, oraz zostaną wykorzystane wyłącznie w celu ustalenia postępowania żywieniowego.

I. Informacje ogólne:

<i>Imię i nazwisko</i>		<i>Telefon:</i>		<i>Email:</i>	
<i>Data urodzenia oraz PESEL</i>		<i>Płeć:</i>	<i>Wysokość ciała :</i>	<i>Masa ciała :</i>	
<i>Zażywane leki (wraz z dawkami):</i>					
<i>Zażywane suplementy diety (wraz z dawkami):</i>					
<i>Czy zażywał Pan (i) (w ciągu ostatniego roku) inne suplementy, napoje energetyczne, izotoniczne, odżywki dla sportowców lub inne. Jeśli tak, proszę podać jakie, ile i ich skład:</i>					



Schorzenia, choroby (proszę podać diagnozę lekarską, czas trwania):

W przypadku braku schorzeń, proszę podać cel wizyty:

Czy przeprowadził(a) Pan (i) test na nietolerancję pokarmowe. Jeżeli tak, proszę podać pokarmy, na które stwierdzono silną nadwrażliwość; czy IgE, IgG, testy skórne/proszę podać wyniki

Stosowane diety przez ostatnie 5 lat (np. dieta wysokobiałkowa, dieta niskotłuszczowa). Proszę podać pełną nazwę diety i czas stosowania:

Proszę wpisać poniżej ostatnie wyniki badań krwi (cholesterolu i glukozy) i moczu ewentualnie kału oraz inne wyniki badań związane z Pana(i) procesem chorobowym (jeżeli Pan (i) takie posiada), a pozostałe wyniki badań przynieść na konsultację.



II. Przykładowy kwestionariusz dietetyczny

1. dzień tygodnia:

<u>Śniadanie :</u>
<u>Przekąski:</u>
<u>Lunch/Obiad:</u>
<u>Przekąski:</u>

<u>Kolacja/Obiadokolacja:</u>
<u>Napoje (tj. kawa, herbata, soki, woda, alkohol, itd):</u>



III. Pytania uzupełniające:

Czy dodaje Pan (i) tłuszcz podczas gotowania? Jeżeli tak, to jakiego rodzaju tłuszczu używa Pan (i) do gotowania i ile? (np. łyżka masła na garnek zupy)

Czy smaruje Pan (i) chleb? Jakiego rodzaju pieczywo Pan (i) je? Jaką ilością tłuszczu smaruje Pani chleb? (np. łyżka, łyżeczka?)

Czy używa Pan (i) olejów do sałatek ? Jeżeli tak, to jakich olejów i w jakich ilościach (np. łyżka oliwy na surówkę dla 4 osób)

Czy używa Pan (i) innych dressingów (np. majonezu, śmietany, sosów na bazie śmietany, itp.?) Jeżeli tak, to jakich i w jakich ilościach, (np. łyżka majonezu na porcję sałatki)?

Jakie mleko Pan (i) spożywa?_ (3.2%, 2%, 0,55)? Czy spożywa Pan (i) mleka roślinne?

Czy dodaje Pan(i) sól przy gotowaniu potraw? Czy dosala Pan (i) potrawy przy stole?

Jak często spożywa Pan (i) czerwone mięso, (wołowinę, wieprzowinę, baraninę, cielęcinę, dziczyznę)?



Jak często spożywa Pan (i) wędliny parówki, salami, i inne przetwory mięsne?

Ile mięsa/ryb spożywa Pan (i) dziennie?

Ile zupy spożywa Pan (i) dziennie?

Czy spożywa Pan(i) słodkie napoje lub soki owocowe? Jeżeli tak, to jak często i w jakich ilościach (np. 3 szklanki na tydzień)?

Ile szklanek surówki / surowych warzyw spożywa Pan (i) dziennie?

Ile szklanek gotowanych warzyw spożywa Pan (i) dziennie?

Ile szklanek gotowanych roślin strączkowych łącznie ze wszystkich potraw (w tym np. humus, pasztet z soczewicy) spożywa Pan (i) dziennie /tygodniowo

Ile orzechów /pestek /awokado spożywa Pan (i) dziennie?

Ile owoców spożywa Pan (i) dziennie?

Ile kasz/ryżu/słodkich ziemniaków spożywa Pan (i) dziennie?(proszę podać objętość lub masę po ugotowaniu)



Ile płatków zbożowych / chleba spożywa Pan (i) dziennie/tygodniowo?

Jak często i w jakich ilościach spożywa Pan (i) twarde sery? (np. 3 plasterki Goudy 2 razy w tygodniu)

Czy słodzi Pan (i) herbatę/kawę? Ile cukru dodaje Pan (i) do herbaty/kawy?

Jak często i w jakich ilościach oraz jaki rodzaj alkoholu spożywa Pan (i) (np. lampka wina raz na tydzień)?

Czy pali Pan (i) papierosy, jeśli tak to ile dziennie?

Czy pracuje Pan (i) w domu, czy w biurze?



IV. Historia chorób /samopoczucie/ styl życia

Proszę opisać historię Pana (i) chorób /schorzeń (np. migreny: kiedy się zaczęły, zażywane leki, okoliczności zaostrzające ataki, częstość i nasilenie ataków, itp.)

Czy opisane choroby występują / występowały w najbliższej rodzinie? Jeśli, tak to które i u kogo.

Czy występują inne choroby /obciążenia w rodzinie ?



Czy zauważył (a) Pan (i) u siebie występowanie któregoś z podanych niżej symptomów? Jeśli tak, proszę podkreślić które ,oraz podać lokalizację ;

- a.** trądzik na twarzy , na plecach
- b.** żółte wypustki, grudki w okolicach oczu , na powiekach, lub podniebieniu
- c.** guzki tłuszczowe w okolicach łokci lub na łydce
- d.** czerwone rozstępy skórne, proszę podać lokalizację
- e.** białe rozstępy skórne ,proszę podać lokalizację
- f.** nadmierne owłosienie, proszę podać lokalizację
- g.** tzw. bawoli kark- stłuszczenie w części szyjnej kręgosłupa
- h.** występowanie brązowych plam w okolicach paliczków- dłonie, pod pachami, w okolicach pępka, pod piersiami
- i.** popękane usta ,kąciki ust, biały nalot w kącikach ust
- j.** .zażółcone oczy
- k.** pajęczki na skórze, proszę podać lokalizację
- l.** podkowy, sińce pod oczami
- ł.** opuchnięcia w okolicach stawów dłoni, dużego palca u stóp, małżowiny usznej
m sucha skóra, suchy czarny łokieć, świąd skóry



Proszę opisać przebieg nadwagi oraz kiedy powstała. (jeśli problem występuje)

Proszę opisać Pana (i) poziom energii w ciągu dnia w skali od 1 do 10 (rano, w południe, popołudniu, wieczorem).

Jak często oddaje Pan (i) stolec?

Czy uprawia Pan (i) sport, jeśli tak, to jaki i ile czasu w ciągu tygodnia/miesiąca? (np. szybki spacer, 3 godziny w tygodniu; narty, 10 dni w roku).

Przebyte urazy i kontuzje:

Moje ulubione potrawy:



Potrawy których nie lubię:

Kto polecił Pani/Panu konsultacje w Gabinetcie Medycyny Żywienia?

Z dniem 25 maja 2018 r. zaczyna obowiązywać Rozporządzenie 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 (określane popularnie jako „RODO”). RODO obowiązywać będzie we wszystkich krajach Unii Europejskiej i wprowadza szereg zmian w zasadach regulujących przetwarzanie danych osobowych przetwarzanych przez Gabinet Medycyny Żywienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz. Administratorem danych osobowych jest Gabinet Medycyny Żywienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz ul. Śląska 4 Poznań 60-614 (zwana dalej Gabinetem Medycyny Żywienia). Dane osobowe w zakresie podanym w formularzu będą przetwarzane przez Gabinet Medycyny Żywienia w celu realizacji świadczonej usługi na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b i f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), tj. w celu realizacji umowy (nawet zawieranej ustnie lub za pośrednictwem akceptowanego regulaminu), jak też w prawnie usprawiedliwionym celu rozumianym jako identyfikacja klienta i ewentualne rozpatrzenie reklamacji. Dane osobowe mogą być ujawnione pracownikom lub współpracownikom Gabinetu Medycyny Żywienia, jak też podmiotom udzielającym wsparcia Gabinetowi Medycyny Żywienia na zasadzie zleconych usług i zgodnie z zawartymi umowami powierzenia. Dane osobowe przetwarzane w ww. celu będą przetwarzane przez okres korzystania z usługi oraz w celach archiwizacyjnych przez okres 10 lat. Każda osoba posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych przed jej odwołaniem. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.