



Szanowni Państwo,

Przed pierwszą wizytą dziecka rodzice proszeni są o podpisanie kontraktu oraz szczegółowe wypełnienie wywiadu medycznego. Jest to warunkiem rozpoczęcia terapii w Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej.

Wszystkie informacje przekazane w wywiadzie stanowiąc będą podstawę do ustalenia prawidłowego postępowania żywieniowego, dlatego prosimy o skrupulatne wypełnienie wywiadu. Brak kompletu informacji o stanie zdrowia może skutkować niepożądanymi efektami wdrożonej diety.

Dostarczenie wypełnionego wywiadu przed pierwszą wizytą jest niezbędnym elementem Indywidualnej Terapii Żywieniowej i ma istotny wpływ na przyspieszenie całego procesu.

Wypełniony plik prosimy podpisać i wysłać mailem na adres: rejestracja@medycyna-funkcjonalna.org.pl lub dostarczyć osobiście minimum 2 dni przed wizytą.

Dbamy o prywatność Pacjentów

Ochrona danych osobowych jest dla nas priorytetem. Wszelkie udostępnione informacje oraz wyniki badań, bez względu na ich rodzaj i nośnik objęte są tajemnicą oraz chronione są zgodnie z obowiązującymi przepisami i polityką prywatności, którą mogą Państwo przeczytać na naszej stronie internetowej medycyna-funkcjonalna.org.pl

Aby proces Indywidualnej Terapii Żywieniowej prowadzonej w Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej mógł być realizowany, niezbędne jest podpisanie przez Pacjenta stosownych zgód. Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią oświadczeń oraz ich podpisanie przed pierwszą wizytą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej oraz że zostałam/em poinformowana/y o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....
data i czytelny podpis

Pragniemy dzielić się wiedzą! W Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej poświęcamy dużo czasu by zapewnić naszym Pacjentom dostęp do najnowszych informacji z zakresu zdrowego odżywiania, nowoczesnej diagnostyki i wszelkich istotnych zagadnień związanych z troską o zdrowie. Aby być na bieżąco z najnowszymi informacjami wystarczy podpisać zgodę na otrzymywanie naszego newslettera. Informujemy, że w każdej chwili można zrezygnować z subskrypcji.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie newslettera Gabinetu Medycyny Funkcjonalnej.

.....
data i czytelny podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO - jak przetwarzamy Państwa dane osobowe?

Firma - Gabinet Medycyny Żywnienia Agnieszka Karolczak-Tomkiewicz, ul. Śląska 4, 60-614 Poznań, NIP: 7841746575, REGON: 361790577, w świetle przepisów jest Administratorem Państwa danych osobowych. Oznacza to, że odpowiada za wykorzystanie danych w sposób bezpieczny, zgodny z umową oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Administrator nie powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Dbając o Państwa prawa oraz spełniając obowiązek informacyjny, poniżej opisaliśmy w jaki sposób będziemy przetwarzać Państwa dane.

DLACZEGO I JAK PRZETWARZAMY PAŃSTWA DANE OSOBOWE?

Aby właściwie wykonywać nasze usługi pozyskujemy Państwa dane osobowe takie jak m.in.

- Dane identyfikacyjne: imię i nazwisko, nazwa firmy, NIP, REGON, KRS, adres do korespondencji, adres siedziby, numer kontaktowy oraz adres e-mail, dane osobowe pozyskane z rejestrów publicznych.
- Dane osobowe i medyczne ujęte w dokumentach, które otrzymujemy od Państwa w związku ze świadczonymi przez nas usługami.

Powyższe dane są nam niezbędne do:

- identyfikacji pacjentów i osób upoważnionych;
- prowadzenia dokumentacji medycznej;
- świadczenia usług medycznych i profilaktyki zdrowia;
- zawarcia umowy oraz jej wykonania;
- utrzymanie kontaktu telefonicznego;
- spełnienia obowiązków prawnych jak m.in. wstawienie i przechowywania faktury, rachunku;
- realizacji prawnie uzasadnionego interesu m.in. marketingowego - odpowiedzi na Państwa pytania, przygotowania oferty naszej działalności, wsparcia Państwa w trakcie realizacji naszej usługi;

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a (**Państwa zgoda**); art. 6 ust. 1 lit. b (**Zawarcia i wykonania umowy**), art. 6 ust. 1 lit. c (**Realizacja obowiązków prawnych**) oraz art. 6 ust. 1 lit. f (**Prawnie uzasadniony interes**).

Będziemy przekazywać Państwa dane osobowe wyłącznie trzem grupom odbiorców:

I. osobom upoważnionym przez nas, naszym pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki;

II. podmiotom przetwarzającym, którym zlecimy to zadanie, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności:

- podmiotom obsługującym nasz system informatyczny oraz teleinformatyczny;
- lekarzom prowadzącym własną działalność gospodarczą, którzy z nami współpracują;

III. innym odbiorcom danych – podmiotom zewnętrznym:

- a) świadczącym dla nas usługi doradcze lub pomoc prawną, podatkową, rachunkową, kadrową;
- b) medycznym lub podmiotom prowadzącym działalność profilaktyki zdrowotnej;
- c) świadczącym dla nas usługi laboratoryjne;



- d) udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli przekazanie danych jest niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- e) prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze);
- f) prowadzącym działalność ubezpieczeniową;
- g) prowadzącym działalność pocztową, kurierską;

Jak długo będziemy przetwarzać Państwa dane?

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania naszej współpracy. Natomiast nie dłużej niż wynika to z przepisów prawa.

Jakie prawa przysługują Państwu w związku z przetwarzaniem danych osobowych?

- **Prawo dostępu do treści swoich danych** osobowych – czyli uzyskanie informacji o celu i sposobie przetwarzania Państwa danych osobowych oraz kopii danych.
- **Prawo do sprostowania danych** – czyli poprawienie danych, gdy są one błędne, uległy zmianie lub zdezaktualizowały się.
- **Prawo do częściowego lub całkowitego usunięcia danych („Prawo do bycia zapomnianym”)** – czyli usunięcia danych, które przetwarzane są bez uzasadnionych podstaw prawnych.
- **Prawo do ograniczenia przetwarzania** – czyli ograniczenia przetwarzania danych wyłącznie do ich przechowywania.
- **Prawo do przenoszenia danych** – czyli uzyskania swoich danych osobowych, które nam przekazaliście lub wskazania innego administratora, któremu powinniśmy je przekazać, o ile będzie to technicznie możliwe.
- **Prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne** – czyli m.in. na potrzeby marketingu bezpośredniego.
- **Prawo do wycofania zgody** - mogą Państwo w dowolnej chwili wycofać każdą zgodę, którą Państwo wyrazili. Proszę pamiętać, iż od złożenia dyspozycji nie będziemy już przetwarzać danych we wskazanym przez Państwa celu, ale do czasu wycofania zgody mamy prawo przetwarzać Państwa dane.

Prawo do wniesienia skargi:

Mają Państwo prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Mogą Państwo realizować swoje prawa składając u nas wniosek w formie:

a) pisemnej na adres: Gabinet Medycyny Żywienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz, ul. Śląska 4, 60-614 Poznań

b) elektronicznej na adres mailowy: rodo@medycyna-funkcjonalna.org.pl

Więcej informacji o przetwarzaniu Twoich danych osobowych znajdziesz w naszej siedzibie albo na naszej stronie internetowej:

www.medycyna-funkcjonalna.org.pl

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną RODO.

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego



Poznań, dnia _____

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Ja _____ PESEL: _____, będący
(imię i nazwisko)

rodzicem/opiekunem prawnym _____ PESEL: _____
(imię i nazwisko dziecka)

Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

- upoważniam osobę mi bliską do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych. Upoważnioną osobą jest:

_____ PESEL: _____,
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania _____ tel. _____.

_____ PESEL: _____,
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania _____ tel. _____.

- nie upoważniam żadnej bliskiej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej

- upoważniam osobę mi bliską do uzyskania dokumentacji medycznej.

Upoważnioną osobą jest:

_____ PESEL: _____,
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania _____ tel. _____.

_____ PESEL: _____,
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania _____ tel. _____.

- nie upoważniam żadnej bliskiej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej.

(data i podpis)

Administratorem Państwa danych osobowych jest Agnieszka Karolczak-Tomkiewicz prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Gabinet Medycyny Żywienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz, ul. Śląska 4, 60-614 Poznań, NIP: 7841746575, REGON: 361790577 Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu profilaktyki zdrowotnej, zawarcia i wykonania umowy, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze oraz dla celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów administratora. Przysługuje Państwu prawo do żądania dostępu do Państwa danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do cofnięcia w każdej chwili zgody na przetwarzanie Państwa danych.

Szczegółowe informacje na temat ochrony Państwa danych znajdziecie Państwo w naszej siedzibie lub na naszej stronie internetowej: www.medycyna-funkcjonalna.org.pl



KONTRAKT NA PROFILAKTYKĘ I PROMOCJĘ ZDROWIA

Zawarty w dniu w pomiędzy:

1. Agnieszką Karolczak Tomkiewicz Gabinet Medycyny Żywności, ul. Śląska 4 60-614 Poznań, NIP 7841746575, zwaną dalej: Konsultantem a

2....., zam. ; legitymującą/ym się dowodem osobistym serii nr i nr PESEL:....., będącym rodzicem/opiekunem prawnym....., zam. ; nr PESEL:....., zwanym dalej: Klientem, o następującej treści:

§1.

1. Konsultant zobowiązuje się świadczyć na rzecz Klienta usługi dotyczące profilaktyki zdrowotnej, polegające na przekazywaniu i prezentowaniu zachowań prozdrowotnych, także poprzez zachęcanie, przy pomocy prezentowanych wyników badań i analiz medycznych, do brania indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, zmierzającym do promowania zdrowego trybu życia poprzez umożliwienie Klientowi zwiększenia kontroli nad czynnikami warunkującymi poprawę stanu zdrowia i samopoczucia, przy uwzględnieniu środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

2. Forma wykonywania usługi jest uzgadniana z Klientem i zależy od potrzeb Klienta; może ona w szczególności polegać na prelekcji lub prezentacji określonych zagadnień lub wyników badań związanych z potrzebami Klienta.

3. Usługi określone w ust. 1, wykonywane w sposób określony w ust. 2, nie stanowią porady lekarskiej ani działalności leczniczej, ponieważ nie wiążą się z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

4. Uwzględnienie w codziennym życiu usług świadczonych przez Konsultanta zależy wyłącznie od Klienta, który zrzeka się z tego tytułu jakichkolwiek roszczeń od Konsultanta.

§2.

1. Usługi, o których mowa w §1 ust. 1, będą wykonywane na spotkaniach organizowanych przez Konsultanta z Klientem, w siedzibie Konsultanta lub miejscu zamieszkania Klienta, w terminie lub terminach uzgodnionych przez strony.

2. Z ważnych powodów strony mogą zmienić uzgodniony terminarz spotkań lub określone, umówione spotkanie, na inny termin. W takim przypadku strony zobowiązane do wzajemnego informowania się o zaistniałej zmianie z odpowiednim (możliwie największym) wyprzedzeniem.

§3.

1. Z tytułu wykonywania niniejszej umowy Konsultant będzie otrzymywał od Klienta wynagrodzenie w wysokości wynikającej z aktualnego cennika usług Konsultanta, za każde odbyte spotkanie, płatne gotówką kartą kredytową bądź płatniczą bezpośrednio po odbytym spotkaniu, lub za pomocą systemu ratalnego "Medi Raty".

2. W wynagrodzeniu określonym w ust. 1, uwzględniony został podatek VAT, w wysokości zgodnej z właściwymi przepisami.

§4.



1. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą umową powstanie konieczność przedłożenia przez Klienta określonych, uzgodnionych z Konsultantem dokumentów, Klient zobowiązuje się do ich przedłożenia w takim terminie, aby świadczenie usług było obiektywnie możliwe.

2. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą Klient przekaże Konsultantowi dokumenty, pozostają one własnością Klienta, zaś Konsultant zobowiązany jest do ich wydania na każde żądanie Klienta.

3. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą powstanie konieczność przekazania Konsultantowi przez Klienta informacji koniecznych do realizacji umowy przez Konsultanta, Klient zobowiązuje się do ich przekazania.,

§5.

1. W związku z wykonywaniem niniejszej umowy Konsultant zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Klienta, o których dowiedział się od Klienta.

2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, trwa również po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy.

§6.

1. Niniejsza umowa zawierana jest na okres wynikający z liczby uzgodnionych między stronami spotkań, bądź cyklu konsultacji niezbędnych dla osiągnięcia zamierzonego przez Klienta efektu.

2. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, w każdym czasie poprzez oświadczenie złożone drugiej stronie.

§7.

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej skuteczności formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

5. Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

KONSULTANT

KLIENT



WYWIAD MEDYCZNY DZIECKA

Imię dziecka:		Nazwisko dziecka:	
Imię rodzica/opiekuna prawnego:		Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:	
E-mail rodzica/opiekuna prawnego:	Nr telefonu rodzica/opiekuna prawnego:	Login Skype (w przypadku wizyt online)	
Adres zamieszkania:			
Data urodzenia dziecka:	PESEL dziecka:	Płeć dziecka(K,M)	
Z czyjego polecenia trafiliście do naszego gabinetu:			
Jaki jest cel wizyty:			
Jakie są oczekiwane rezultaty:			
Wzrost w cm:		Waga w kg:	
Waga urodzeniowa:		Urodzeniowa długość:	
Jak ocenia Pani/Pan stan zdrowia dziecka. Zaznacz x we właściwej kolumnie lub wypełnij			
Moje dziecko prawie nie choruje			
Moje dziecko rzadko choruje			
Moje dziecko często choruje na:			
Inne spostrzeżenia:			



Czy dziecko miewa problemy trawienne. Proszę wpisać w zależności od stanu faktycznego: często, rzadko lub wcale	
Biegunki	
Zaparcia	
Ulewania/wymioty	
Wzdęcia	
Jak ocenia Pani/Pan poziom aktywności ruchowej dziecka. Zaznacz x we właściwej kolumnie	
Porównywalny z rówieśnikami	
Mniej aktywny w porównaniu z rówieśnikami	
Bardziej aktywny w porównaniu z rówieśnikami	
Inny. Jaki?	
Czy dziecko ma jakieś alergie lub nietolerancje pokarmowe. Proszę wypisać jakie?	
Czy dziecko ma jakieś zalecenia lekarskie. Proszę wypisać jakie?	
Czy dziecko przyjmuje aktualnie jakieś leki lub suplementy. Proszę wypisać jakie?	
Dodatkowe uwagi na temat stanu zdrowia dziecka	
Proszę napisać kto sprawuje opiekę nad dzieckiem w ciągu dnia	
Czy dziecko było lub jest aktualnie karmione piersią. Czy wyłącznie, czy jest dopajane lub karmione mlekiem modyfikowanym	



Czy dziecko je przekąski między posiłkami? Jeśli tak to jakie?	
Jak długo dziecko było karmione mlekiem matki	
Co dziecko otrzymuje najczęściej do picia między posiłkami? Woda, sok, herbata, woda z syropem itp.	
Jak przyrządzane są posiłki dla dziecka?	
Gotuję osobno dla dziecka	
Dziecko je posiłki przygotowywane dla całej rodziny	
Korzystam z gotowych produktów przeznaczonych dla niemowląt	
Korzystamy z restauracji	
Kupuje poza domem gotowe potrawy (np. pierogi, pizza, kebab) i dziecko również je pożywa	
Czy soli Pani/Pan potrawy dla dziecka? Proszę wybrać odpowiedź: nie, rzadko, często, solę dania domowe, dodaję sól także do kupionych potraw	
Jak najczęściej zachowuje się Pani/Pan gdy dziecko nie chce spróbować nowej potrawy:	
Nalegam i zdecydowanie karmię	
Karmię próbując zabawić i odwracam uwagę od jedzenia	
Podaję na początek w małych ilościach	



Wprowadzam potrawę ponownie po jakimś czasie	
Rezygnuję z tej potrawy i nie proponuję jej więcej	
Inne:	
Czy dziecko jest na specjalnej diecie? Jeśli tak proszę wpisać na jakiej:	
Jakie produkty lubi dziecko:	
Jakich produktów nie lubi dziecko:	

Godziny posiłków i przykładowy jadłospis	godzina	co dziecko je?	
śniadanie			
II śniadanie			
Lunch			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			
Energia po posiłku	Wzrost energii	Spadek energii	Inne



Potrawy po których dziecko czuje się źle. Np. smażone, czosnek, fasola, słodczyce, chipsy:					
Jedzenie między posiłkami	Nie podjada	Podjada – proszę napisać co		Kiedy podjada (w jakich godzinach sytuacjach)	
Spożywanie słodczy. Jakie słodczyce spożywa	Batony	Ciastka, wafelki	Drożdżówki, ciasta kupne	Czekolada, pralinki	Inne, jakie?
Spożywanie słonych przekąsek. Czy i jakie spożywa	Chipsy	Orzeszki ziemne	Paluszki, krakersy, sucharki	Wafle ryżowe, pieczywo chrupkie	Inne (jakie?)
Czy i jak często je fast foody	Hamburger	Frytki	Hot- dog	Pizza	Inne (jakie?)
Ile razy dziennie?					
Jak często je w restauracjach?	Kilka razy dziennie	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Okazjonalnie	Co jada?
Co i jak często pije:	Opis szczegółowy		Jak często? Kilka razy dziennie, raz dziennie, okazjonalnie		Ilość – ile szklanek, puszek, litrów
Woda. Źródłana, kranowa, mineralna, szkło, plastik					
Kawa. Parzona, rozpuszczalna, z ekspresu					
Herbata czarna, zielona, owocowa, ziołowa, torebki, liście					
Soki. Jednodniowe, świeże, z koncentratu, z kartonu, jakie smaki?					
Słodzone napoje gazowane. Cola, Fanta, napoje energetyczne					
Cukier. Czy słodzi napoje – herbatę. Czym? Cukier, ksylitol, stevia, słodzik, cukier trzcinowy	Czy słodzi napoje – kawę herbatę:		Ile i czym?		
Jakie pieczywo spożywa dziecko? np. jasne, tostowe, ciemne, razowe, graham, pełnoziarniste, mieszane, częściej jasne	Jakie?				



Czy i jak często dziecko spożywa poniżej wymienione produkty:	Ile razy w tygodniu	
Kasza: jaka? Np. drobnoziarnista, pęczak, gryczana, jaglana, inna		
Makaron biały, pełnoziarnisty, orkiszowy, inny		
Ryż biały, basmati, jaśminowy, paraboliczny, dziki, brązowy, inny		
Ziemniaki, zwykłe, bataty		
płatki owsiane, orkiszowe, musli kupne, cini minis, crunches, inne		
Jakie mączne produkty spożywasz np. Kluski/pierogi/pyzy/inne		
Czym smarujesz pieczywo? np. Masło, margaryna, benecol Grubo, średnio, cienko?		
Czy spożywasz majonez, ketchup, sosy gotowe. Jak często?		
Jakie jadasz warzywa? W jakiej postaci? Surowe, z patelni, gotowane na parze?		
Warzywa, które dziecko lubi najbardziej:	Jakie?	
Warzywa, których nie lubi:		
Owoce, które jada dziecko? W jakiej postaci?		
Owoce, które lubi najbardziej :	Jakie?	
Owoce, których nie lubi:		
Jakie mleko dziecko spożywa? Np. Mleko krowie 0,5%, 1,5%, 2%, 3,2%, kozie. Mleka roślinne np. sojowe, ryżowe, kokosowe, migdałowe lub inne		
Jakie jogurty dziecko spożywa? Jogurt naturalny, grecki, jogurty smakowe, desery mleczne, jogurty roślinne, inne		
Jakie napoje mleczne fermentowane spożywa dziecko? No. Maślanka naturalna, smakowa, kefir, jogurt pilny, napoje fermentowane roślinne		



Jakie twarogi spożywa dziecko? Np. serek wiejski, grani, gzik, chudy, tłusty, „Danonki”??		
Jakie sery spożywa? Np. żółte, gouda, parmezan, feta, mozzarella, pleśniowe, camembert, brie, kozie, sery wegańskie, inne		
Czy spożywa jaja?		
Jakie najczęściej spożywa mięsa? Np. Kurczak: ze skórą , bez skóry – filety, pałki, skrzydełka? Wieprzowina : karkówka , schab, łopatka , żeberka, polędwica, inne? Wołowina : antrykot, ligawa, polędwica, inne Królik, kaczka, gęś , cielęcina, inne		
Jak najczęściej przyrządzane jest mięso, które spożywa dziecko? smażone bez panierki (na jakiej ilości tłuszczu?) smażone w jajku, smażone w panierce: jajko + mąka, jajko +bułka tarta, jajko + mąka +bułka duszone, pieczone :podlewanie tłuszczem, bez tłuszczu gotowane, gotowane na parze, pieczone w foliowym rękawie, inne		
Jakiego tłuszcz jest używany do smażenia dań, które spożywa dziecko? Np. Kujawski, rzepakowy, słonecznikowy, margaryna, palma, smalec, masło, masło klarowane, oliwa z oliwek, inne	Jakie?	
Jaki tłuszcz dziecko spożywa na zimno? Np. do sałatek, pieczywa np. tłoczony na zimno nierafinowany : rzepakowy , oliwa z oliwek, extra virgin, olej lniany		
Jakiego rodzaju wędliny spożywa dziecko :		
Szynki		
Kabanosy		
Parówki		
Pasztety		
Boczek		



Kiełbasy		
Czy i jak często dziecko je ryby i owoce morza i w jakiej ilości?		
Ryby np. łosoś, pstrąg, dorsz, panga, tuńczyk, makrela, śledź, szprotki		
Jak przygotowywane są ryby, które spożywa dziecko: Smażone bez panierki , w panierce, pieczone w folii aluminiowej, gotowane na parze, to paluszki rybne		
Jakie owoce morza spożywa dziecko ?		
Jakie zupy dziecko je najczęściej? Np. pomidorowa, ogórkowa, gulaszowa, rosół, krupnik		
Czy zupy są zaciągane mąką, śmietaną, zasmażką, śmietaną roślinną? Proszę wymienić czym.		
Czy i jak często dziecko je warzywa strączkowe? Np. fasola czerwona, biała, w puszcze, bób, groszek zielony, groszek konserwowy, soczewica, ciecierzycza, soja		
Czy i jak często dziecko je orzechy, nasiona, owoce suszone? Np. orzeszki solone, w czekoladzie, laskowe, pistacje, włoskie, nerkowce, migdały, arachidowe, brazylijskie, pestki dyni, słonecznika, suszone śliwki, morele, żurawina, daktyl, figi, gruszki, banany, jabłka, owoce goji, jagody acai, inne		
Jakie przyprawy są używane do dań dziecka? Np. kostki rosółowe, Vegeta, maggi , kucharek, sos sojowy, świeże zioła, dużo, czy mało soli		
Ulubione produkty dziecka:		
Produkty, których dziecko najbardziej nie lubi:		
Produkty, których dziecko nie jest w stanie nawet spróbować:		
W jakiej kolejności były wprowadzane produkty w wieku niemowlęcym		



INFORMACJE OKOŁOPORODOWE:

Dziecko z ciąży pierwszej / drugiej / trzeciej / czwartej, pojedynczej / bliźniaczej, z porodu pierwszego / drugiego / trzeciego / czwartego.

Urodzone w _____ tygodniu ciąży, siłami natury/poród instrumentalny (kleszcze/próżnościąg)/przez cięcie cesarskie (z jakich wskazań: _____).

Przebieg ciąży prawidłowy/nieprawidłowy (jakie były problemy w trakcie ciąży. Proszę opisać:

Dane przy porodzie: APGAR __ pkt, masa ur. ____ g, dł. ____ cm, obwód głowy ____ cm, obwód klatki piersiowej ____ cm. Ile miesięcy dziecko było karmione piersią ____?

Czy dziecko wymagało pobytu w inkubatorze / przedłużonego pobytu w szpitalu po porodzie (z jakiego powodu: _____) lub hospitalizacji w pierwszych 4 tygodniach życia (z jakiego powodu _____)

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE

Jakie choroby/urazy przebyło do tej pory dziecko (np. zakaźne choroby wieku dziecięcego, zapalenia płuc, infekcje dróg moczowych, złamania, wypadku komunikacyjne itp.)

WYWIAD RODZINNY

Czy w rodzinie występują lub występowały choroby alergiczne (jakie i u kogo) lub dziedziczne (genetyczne)? Na co leczą się najbliżsi (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo)? Jeśli miały miejsce zgony wśród najbliższych, to u kogo, w jakim wieku i z jakich powodów?

.....

data

.....

czytelny podpis

