

Pacjent

Imię		<i>data wypełnienia</i>
Nazwisko		
Data urodzenia		Wzrost
Adres		Waga obecna
Telefon		Waga docelowa
Email		

1. Cel wizyty

- ☐ redukcja masy ciała
- ☐ zwiększenie masy ciała
- ☐ zmiana nawyków żywieniowych
- ☐ dieta w chorobie
- ☐ przygotowanie do zabiegów (w tym operacja bariatryczna)
- ☐ inne:

2. Aktywność fizyczna

- ☐ 1,3 pacjent leżący w łóżku
- ☐ 1,4 aktywność fizyczna niska
- ☐ 1,6 aktywność fizyczna umiarkowana
- ☐ 1,75 pacjent aktywny fizycznie
- ☐ 2,0 pacjent bardzo aktywny fizycznie
- ☐ 2,3 wyczynowe uprawianie sportu

Opisz swoją aktywność fizyczną

3. Historia stosowania diet

rodzaj diety	
czas stosowania	
skutek diety	
trudności	
powód stosowania	
powód rezygnacji	

4. Wypróżnianie

- ☐ rzadziej niż 3 razy w tygodniu
- ☐ 4-5 razy w tygodniu
- ☐ raz dziennie
- ☐ 2-3 razy dziennie
- ☐ więcej niż 3 razy dziennie

5. Dolegliwości

- ☐ problemy skórne
- ☐ bóle głowy
- ☐ problemy z koncentracją
- ☐ osłabione włosy i paznokcie
- ☐ częste infekcje

6. Dolegliwości układu pokarmowego

- ☐ wzdęcia
- ☐ gazy
- ☐ refluks
- ☐ zaparcia
- ☐ biegunka

7. Stosowane leki i suplementy

8. Choroby w rodzinie

9. Choroby pacjenta

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ cukrzyca typ 1 | ☐ dna moczanowa | ☐ depresja i zaburzenia lękowe | ☐ choroby przewodu pokarmowego |
| ☐ cukrzyca typ 2 | ☐ kamica nerkowa | ☐ wysoki poziom cholesterolu | ☐ choroby skóry |
| ☐ choroby serca | ☐ osteoporoza | ☐ obrzęki | ☐ nowotwory |
| ☐ nadciśnienie | ☐ reumatyzm | ☐ choroby tarczycy | ☐ choroby autoimmunologiczne |
| ☐ miażdżyca | ☐ padaczka | ☐ choroby wątroby | ☐ inne: <input type="text"/> |

10. Stan zdrowia

przebyte operacje	
alergie pokarmowe	
nietolerancje pokarmowe	
cięższe	
miesiączkowanie	
hormony	

11. Ocena samopoczucia i snu

samopoczucie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
koncentracja	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
jakość snu	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
częste budzenie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
senność w ciągu dnia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
senność po przebudzeniu	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Plan dnia

pobudka godzina
pobudka w weekend godzina
zasypianie godzina
zasypianie w weekend godzina
godziny pracy od do

13. Rodzaj wykonywanej pracy

☐ siedząca
☐ fizyczna
☐ mieszana
☐ inna _____

14. Posiłki w pracy

możliwość podgrzania ☐ tak ☐ nie
możliwość schłodzenia ☐ tak ☐ nie

posiłki w pracy _____
(ile, o której godzinie są
spożywane _____
i jakiego rodzaju) _____

15. Wywiad żywieniowy

a) posiłki w weekend _____
(ile, o której godzinie
są spożywane _____
i jakiego rodzaju) _____

b) aktualnie _____
stosowana dieta _____
(bez laktozy, _____
bezglutenowa, itp.) _____

c) ilość płynów w ciągu dnia _____

d) spożycie dzienne kawy i herbaty

☐ nie piję
☐ 1-2 razy dziennie
☐ 3-4 razy dziennie
☐ 3-4 razy dziennie
☐ więcej niż 5 razy dziennie

e) picie alkoholu: ☐ tak ☐ nie
jak często _____
rodzaj alkoholu _____

f) słodzenie napoi: ☐ tak ☐ nie
czym _____
ile _____

g) podjadanie pomiędzy posiłkami
☐ tak ☐ nie

h) czas poświęcony na gotowanie

☐ do 1 godziny dziennie
☐ 1-2 godzin dziennie
☐ powyżej 2 godzin dziennie

i) sprzęty kuchenne _____
(blender, TM) _____

j) Możliwości czasowe _____
przygotowania _____
posiłków _____

16. Grupy produktów spożywczych

Nabiał ☐ lubię ☐ nie lubię

mleko ☐ ile % tłuszczu _____ ile razy w tygodniu _____
jaja ☐ w jakiej formie _____ ile razy w tygodniu _____
sery żółte ☐ ile razy w tygodniu _____ ile plastrów
dziennie _____
twarogi białe ☐ w jakiej formie _____ ile razy w tygodniu _____
jogurty/kefiry ☐ naturalne/
smakowe _____ ile razy w tygodniu _____
serek wiejski ☐ w jakiej formie _____ ile razy w tygodniu _____

Warzywa ☐ lubię ☐ nie lubię Owoce ☐ lubię ☐ nie lubię

gotowane ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
surowe ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
strączki ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
pestki ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
orzechy ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
przetwory owocowe ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____

Mączne ☐ lubię ☐ nie lubię

pieczywo jasne ☐ ile razy w tygodniu _____
pieczywo ciemne ☐ ile razy w tygodniu _____
bułki ☐ ile razy w tygodniu _____
makarony ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
kasze ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
ryż ☐ jaki? _____ ile razy w tygodniu _____

Mięso i ryby ☐ lubię ☐ nie lubię

mięso drobiowe ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
mięso czerwone ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
ryby morskie ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
ryby słodkowodne ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
konserwy mięsne ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____
wędliny ☐ jakie? _____ ile razy w tygodniu _____

Tłuszcze zwierzęce _____

Tłuszcze roślinne
(oleje) _____

Produkty nielubiane _____

SanaVita Agnieszka Markiewicz-Szczensnowicz

agnieszka.sanavita@op.pl
tel. 608 779 377



sanavita_diety



sanavitanaturazdrowia