**Kwestionariusz osoby do analizy dietetycznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Wzrost** |  |
| **Waga** |  |

**Powody konsultacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proszę wymienić symptomy lub schorzenia, które Panią/Pana najbardziej martwią?** | Rok |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

|  |
| --- |
| **Czy zdiagnozowano kiedykolwiek u Pani/Pana:** |
|  | Cukrzyca  |  | Nowotwór |
|  | Zespół jelita drażliwego |  | Astma |
|  | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego |  | Epilepsja |
|  | Choroby wątroby |  | Choroby nerek |
|  | Choroby serca |  | Choroby tarczycy |
|  | Choroby układu krążenia |  | Osteoporoza/osteopenia |
|  | Hemofilia |  | Choroba autoimmunologiczna |
|  | HIV/AIDS |  | Reumatoidalne zapalenie stawów |
|  | Inne (Proszę podać jakie) |
|  | Proszę podać nazwę choroby autoimmunologicznej? (jeśli wybrano powyżej) |
| Proszę podać **datę diagnozy** oraz opisać **dolegliwości i symptomy** powyższych schorzeń? (co pogarsza lub polepsza symptomy, leczenie i jego efektywność) |  |

|  |
| --- |
| **Czy kiedykolwiek wykryto u Pana/Pani którąś z poniższych infekcji** **(proszę podać datę diagnozy):** |
|  | *Helicobacter pylori* |  | EBV (mononukleoza) |
|  | *E.coli* |  | HSV 1,2,3,6,7,8 (ospa, półpasiec) |
|  | Borelioza |  | HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) |
|  | Grzybice/*Candida* |  | CMV (wirus cytomegalii) |
|  | Pasożyty |  | Infekcje pęcherza |
|  | Inne (Proszę podać jakie) |

|  |  |
| --- | --- |
| Jakie **konwencjonalne leki** aktualnie są przez Pana/Panią przyjmowane? (podać dawki) |  |
| Jakie aktualnie przyjmuje Pan/Pani **witaminy, minerały, zioła, leki homeopatyczne oraz inne suplementy**? (podać dawki) |  |
| Czy jest Pan/Pani **uczulony/a**? (jedzenie, leki, pyłki, substancje chemiczne, pleśń, zwierzęta) |  |

**Dodatkowe informacje dietetyczne**

|  |
| --- |
| **Czy jest Pani/Pan?** |
|  | Wegetarianinem |  | Weganinem |  | Inne ………………………. |
| Czy odczuwa Pani/Pan **pragnienie/zachcianki na** **konkretne jedzenie**? |  |
| Ile Pani/Pan wypija dziennie **wody**? |  |
| Ile wypija Pani/Pan dziennie **kawy**? |  |
| Ile wypija Pani/Pan dziennie **herbaty**? (podać rodzaj herbaty) |  |
| Ile wypija Pani/Pan dziennie **soków**? (świeżo wyciskany, butelkowany, sok 100%, z dodatkiem cukru) |  |
| Ile wypija Pani/Pan dziennie **napojów**? (gazowane, owocowe, etc.) |  |
| Czy pije Pani/Pan **napoje energetyczne**? W jakiej ilości? |  |
| Czy pije Pani/Pan **alkohol**? (jeżeli „tak”, podać ilość spożywaną w ciągu tygodnia oraz rodzaj alkoholu) |  |
| Czy pali Pani/Pan **papierosy**? (podać ilość wypalaną w ciągu dnia) |  |
| Czy spożywa Pani/Pan **słodycze, cukierki, wyroby cukiernicze**? (podać ilość spożywaną w ciągu dnia/tygodnia) |  |
| Czy spożywa Pani/Pan **słone przekąski** m.in. chipsy, paluszki, krakersy? (podać ilość spożywaną w ciągu dnia/tygodnia) |  |
| Czy spożywa Pani żywność typu **fast food**? (podać ilość spożywaną w ciągu dnia/tygodnia) |  |
| Czy ma Pani/Pan **problemy ze spożywaniem konkretnych produktów**? |  |
| Proszę podać listę produktów, których Pani/Pan **nie lubi lub nie zje**? |  |
| Ile spożywa Pani/Pan dziennie **warzyw**? (proszę podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |
| Ile spożywa Pani/Pan dziennie **owoców**? (podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |
| Ile spożywa Pani/Pan **mięsa**? (podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |
| Ile spożywa Pani/Pan **nabiału**? (podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |
| Jakie spożywa Pani/Pan **tłuszcze**? (podać rodzaje oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |
| Czy dodaje Pani/Pan **sól** do posiłków? |  |
| Czy dodaje Pani/Pan do posiłków lub napojów – **cukier, sztuczne lub naturalne słodziki, miód**? (podać rodzaj oraz ilość spożywaną w ciągu dnia) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę podać jak często Pan/Pani ćwiczy oraz rodzaj wykonywanych ćwiczeń? |  |

**Informacje dodatkowe**

|  |
| --- |
| **Czy chce Pani/Pan podać dodatkowe informacje związane ze zdrowiem?** |
|  |