

Wywiad zdrowotno- żywieniowy

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i Nazwisko

Wiek Wykonywany zawód

Wzrost Masa ciała Numer telefonu

Adres mailowy

POWODY KONSULTACJI

dolegliwości	od kiedy	czy była diagnostyka

CELE KONSULTACJI

.....
.....

POŻĄDANA MASA CIAŁA

.....

ZMIANY MASY CIAŁA W OSTATNIM PÓŁROCZU

.....
.....
.....

CZY BYŁY STOSOWANE DIETY- KIEDY I JAKIE?

.....
.....
.....

CO W TWOJEJ OPINII SPOWODOWAŁO OBECNY STAN ZDROWIA?

.....
.....
.....
.....

CZY WYSTĘPUJĄ U CIEBIE

choroba/schorzenie/dolegliwość	zaznacz X	kiedy stwierdzono
SIBO/ IMO		
HELICOBACTER		
ZAKAŻENIE PASOŻYTNICZE		
CELIAKIA		
CHOROBY ZAPALNE JELIT IBD		
ZASPÓŁ JELITA DRAZLIWEGO IBD		
ZESPÓŁ GILBERTA		
REFLUKS/ ZGAGA		
CANDYDOZA/ GRZYBICA		
INSULINOOPORNOŚĆ		
CUKRZYCA		
PCOS		
ENDOMETRIOZA		
ANEMIA		
HASHIMOTO		
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW		

CZY WYSTĘPUJĄ U CIEBIE

choroba/schorzenie/dolegliwość	zaznacz X	kiedy stwierdzono
ŁUSZCZYCA		
NOWOTWÓR		
OSTEOPOROZA		
CHOROBY NEREK		
DNA MOCZANOWA		
INNE (WPISZ PONIŻEJ)		

CZY ZAUWAZASZ U SIEBIE ZMNIEJSZONĄ TOLERANCJĘ

	tak/nie
MLEKO (LAKTOZA, KAZEINA)	
INNE (WPISZ PONIŻEJ)	

CZY STWIERDZONO U CIEBIE ALERGIĘ NA:

	TAK/NIE	JAKIE
PYŁKI		
POKARMY		
SIERŚĆ		
KURZ		
LEKI		
SUBSTANCJE CHEMICZNE		

**CZY W OSTATNIM CZASIE PRZEPROWADZIŁEŚ/AŚ BADANIA?
JAKIE I DLACZEGO (WYNIKI DOŁĄCZ DO WYWIADU)**

.....

.....

.....

.....

.....

JAK OCENIASZ SWOJĄ ODPORNOSĆ?

.....

.....

.....

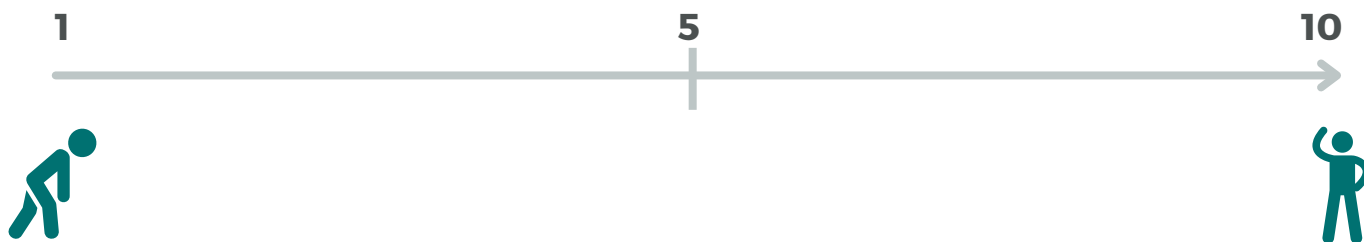
JAKIE LEKI I SUPLEMENTY STOSUJESZ? OD KIEDY I JAKICH DAWKACH?

JAK CZĘSTO ZAŻYWASZ ANTYBIOTYKI I KIEDY OSTATNIO?

CZY WYSTĘPUJĄ U CIEBIE:

	TAK/NIE	JAK CZĘSTO?
KŁOPOTY Z KONCENTRACJĄ		
ZMĘCZENIE		
OMDLENIA		
TRUDNO GOJĄCE SIĘ RANY		
BÓLE GŁOWY		
ODCHRZĄKIWANIE, CHRYPKA, KASZEL		
PROBLEMY DERMATOLOGICZNE		

OKREŚL POZIOM SWOJEJ ENERGII NA CO DZIEŃ



CZY W TWOJEJ RODZINIE ZDIAGNOZOWANO JAKIEŚ CHOROBY?
JEŚLI TAK, TO JAKIE?

	TAK/NIE	JAKIE?
MAMA		
TATA		
RODZEŃSTWO		
DZIADKOWIE		

CZY MASZ PROBLEMY Z WYPRÓŻNIENIEM?
(ZAPARCIE, BIEGUNKA LUB NAPRZEMIENIE)

.....
.....

CZY W KALE SĄ WIDOCZNE SĄ NIESTRAWIONE RESZTKI POKARMU?

CZY W KALE POJAWIA SIĘ KREW?

JAK CZĘSTE SĄ WYPRÓŻNIENIA?

JAK UFORMOWANY JEST STOLEC?

Oceń spoglądając na poniższą grafikę i zaznacz właściwy punkt.

1. więcej niż 25% wypróżnień sklasyfikowanych jest jako typ 1 lub 2 oraz mniej niż 25% jako typ 6 lub 7
2. dominują biegunki, a więcej niż 25% wypróżnień sklasyfikowanych jest jako typ 6 lub 7 oraz mniej niż 25% jako typ 1 lub 2
3. kombinacja biegunek i zaparc, przy czym więcej niż 25% wyróżnień sklasyfikowanych jest jako typ 1 lub 2 oraz więcej niż 25% jako typ 6 lub 7
4. nic z powyższych



Typ 1

Pojedyncze zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania



Typ 2

Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowany



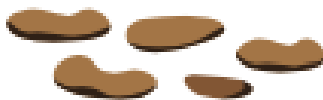
Typ 3

Stolec wydłużony z pęknięciami na powierzchni



Typ 4

Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie



Typ 5

Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane)



Typ 6

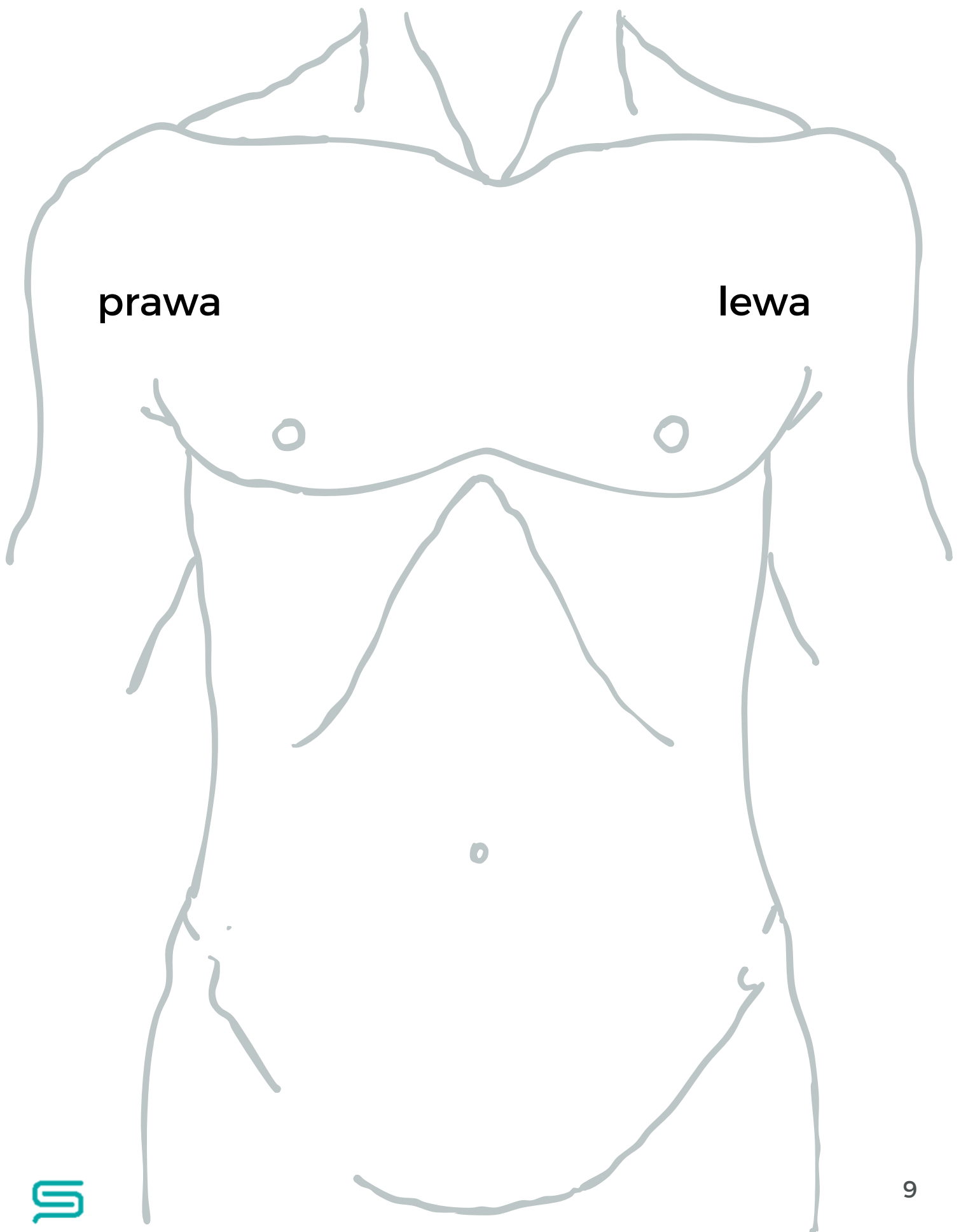
Klaczkaste kawałki z postrzępionymi krawędziami



Typ 7

Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)

CZY I W KTÓREJ CZĘŚCI BRZUCHA ODCZUWASZ BÓL?



ILE GODZIN ŚPISZ NIEPRZERWANYM SNEM NOCNYM I CZY
SIĘ WYSYPIASZ?

CZY CZUJESZ SIĘ ZMĘCZONY/A?

CZY CZUJESZ SIĘ ZMĘCZONY/A PO JEDZENIU?

CZY WYSTĘPUJE U CIEBIE PRZESUSZENIE SKÓRY?

CZY WYSTĘPUJE U CIEBIE NADMIERNE WYPADANIE WŁOSÓW?

CZY WYSTĘPUJE U CIEBIE UCZUCIE ZIMNA?

JAK OCENIASZ STAN SWOJEJ JAMY USTNEJ? (PRÓCHNICA, ZAJADY, AFTY,
NIEŚWIEŻY ODDECH)

CZY CIERPISZ NA NAWRACAJĄCE ZAKAŻENIA UKŁADU MOCZOWEGO?

JAKI JEST TWÓJ STAN EMOCJONALNY?

CZY ODCZUWASZ LĘK?

SEKCJA SKIEROWANA DO KOBIET (MĘŻCZYŹNI POMIJAJĄ)

CZY TWOJE CYKLE SĄ REGULARNE?

JAKIE DOLEGLIWOŚCI ZWIĄZANE Z CYKLEM WYSTĘPUJĄ U PANI?

CZY STWIERDZONO MUTACJĘ GENÓW BRCA1 LUB BRCA2
(NOWOTWORY PIERSI I JAJNIKÓW)?

CZY STWIERDZONO MUTACJĘ GENU MTHFR?

CZY STARASZ SIĘ O DZIECKO?

WYWIAD- CZĘŚĆ ŻYWIENIOWA

CZY JESTEŚ NA DIECIE WEGETARIAŃSKIEJ LUB WEGAŃSKIEJ?

ILE SPOŻYWASZ POSIŁKÓW W CIĄGU DNIA?

JAKIE (CZASOWO) SĄ ODSTĘPY MIĘDZY POSIŁKAMI

CZY WYSTĘPUJĄ U CIEBIE NAPADY GŁODU?

ILE PORCJI OWOCÓW JESZ W CIĄGU DNIA? (1 PORCJA= 1 GARŚĆ)

ILE PORCJI WARZYW JESZ W CIĄGU DNIA? (1 PORCJA= 1 GARŚĆ)

JAKIE PŁYNY I W JAKICH ILOSCIACH WYPIJASZ W CIĄGU DNIA?

.....

.....

CZY STOSUJESZ UŻYWKI? JAKIE I W JAKICH ILOŚCIACH? (W CIĄGU DNIA)

.....

SŁODZISZ? JEŚLI TAK TO CZYM I W JAKIEJ ILOSCI?

.....

JAKICH PRODUKTÓW NIE LUBISZ I NA PEWNO NIE ZJESZ?

.....

.....

PO JAKICH POSIŁKACH ŹLE SIĘ CZUJESZ?

.....

CZY PO SPOŻYCIU KONKRETNIEGO PRODUKTU WYSTĘPUJĄ DOLEGLIWOŚCI?
JAKIE?

.....

CZY SPOŻYWASZ:

PRODUKTY	JAKIE	ILE RAZY DZIENNIE LUB W TYGODNIU
PIECZYWO		
MAKARON		
PŁATKI		
KASZE		
RYŻ		
NABIAŁ		
JAJA		
MIĘSO		
KIEŁBASY/ WĘDLINY		
RYBY		
STRĄCZKI		
OWOCE		
OWOCE SUSZONE		
WARZYWA		
TŁUSZCZE		
ORZECHY		
SŁODZIKI		

JAK ŻYWISZ SIĘ NA CO DZIEŃ? PODAJ 1 PRZYKŁADOWY DZIEŃ LUB NAPISZ KILKA PRZYKŁADOWYCH ZESTAWÓW.

POSIŁEK	GODZINA	SKŁAD POSIŁKU	ILOŚCI PRODUKTÓW
I ŚNIADANIE			
II ŚNIADANIE			
OBIAD			
KOLACJA			
PRZĘKĄSKI I PODJADANIE JEŚLI ZDAŻA SIĘ W CIĄGU DNIA			

WYWIAD- AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

JAKI RODZAJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ WYKONUJESZ?

.....

.....

Z JAKĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ?

.....

.....

JAK OCENIASZ SWOJĄ SPRAWNOŚĆ FIZYCZNĄ?

.....

.....

ZMIANY

OD CZEGO CHCESZ ZACZAĆ?

.....

.....

CO WYDAJE CI SIĘ NAJTRUDNIEJSZE?

.....

.....

CO WYDAJE CI SIĘ NAJŁATWIEJSZE?

.....

.....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym danych wrażliwych.

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii danych, tj. o stanie mojego zdrowia, przez dietoterapie Hanna Szpunar-Radkowska, w celach związanych z realizacją umowy o świadczenie usług dietetycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych nr 2016/679.

Jestem świadomy, że:

- administratorem moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, jest dietoterapie Hanna Szpunar-Radkowska, ul. Łomżyńska 34 a, 85-863 Bydgoszcz, NIP 558 153 79 67
- przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją umowy o świadczenie usługi dietetyka przez okres niezbędny dla świadczonej umowy oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Po tym czasie dane mogą podlegać archiwizacji
- podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji umowy
- mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem i wyrażam zgodę na przesyłanie odpowiedzi na podany przeze mnie adres e-mail.

Bydgoszcz, dnia

.....
czytelny podpis pacjenta

Miejsce na notatki dietetyka