

## WYWIAD ŻYWIENIOWY

**Imię i nazwisko** ..... **Data urodzenia** ..... - ..... - .....

**Nr tel.** ..... **Adres e-mail** .....

*Poniżej proszę uzupełnić tylko te punkty, które Pana/Pani dotyczą.*

Ciąża (tak/nie) ..... jeśli tak, który tydzień .....

Karmienie piersią (tak/nie) ..... jeśli tak, od kiedy .....

Zdiagnozowane **choroby** przewlekłe:

.....

**Alergie** lub nietolerancje pokarmowe:

.....

Szczególnie **lubiane produkty** lub potrawy:

.....

Szczególnie **nie lubiane produkty** lub potrawy:

.....

**Aktywność fizyczna** (rodzaj, czas trwania, częstość):

.....

Rodzaj **pracy** (siedząca/stojąca/mieszana) .....

Tryb pracy (regularne godziny/zmianowa) .....

Możliwość podgrzania posiłków w pracy (tak/nie) .....

**Używki:**

- Kawa i mocna herbata (dzienna ilość, dosładzanie) .....
- Alkohol (rodzaj i częstość spożycia) .....
- Papierosy (dziennie wypalana liczba) .....

**Podjadanie** pomiędzy posiłkami (tak/nie) .....

Podjadanie pod wpływem stresu (tak/nie) .....

Spożycie **słodczy** (tak/nie) .....

Godzina **wstawania**: dzień roboczy ..... dzień wolny od pracy .....

Godzina **pójścia spać**: dzień roboczy ..... dzień wolny od pracy .....

**Zmiany masy ciała** w ciągu ostatnich 6 miesięcy (stała m.c./spadek m.c./wzrost m.c.):

.....

Stosowane w przeszłości **diety** lecznicze lub odchudzające (nazwy, okres stosowania, efekty):

.....

**Leki i suplementy diety** (np. preparaty witaminowe, żelazo, magnez) przyjmowane na stałe:

.....

**!Proszę o zabranie ze sobą na wizytę aktualnych wyników badań, jeśli były wykonywane (m.in. morfologia ogólna krwi, stężenie glukozy na czczo, lipidogram, TSH).**

Przygotowywanie posiłków w domu (kto gotuje, dla ilu osób):

.....

Najczęstszy **sposób przygotowywania** posiłków obiadowych (smażenie/piecznie/gotowanie/

duszenie/grillowanie) .....

Jadanie w restauracjach, na imprezach rodzinnych itp. (częstość) .....

**Tempo** spożywania posiłków (szybko/wolno/umiarkowanie) .....

**Płyny** wypijane w ciągu dnia (rodzaj, ilość):

.....

*W każdej grupie produktów proszę podać częstość spożycia (np. kilka razy dziennie/w tygodniu/w miesiącu/w roku/nigdy) oraz 1-2 produkty, które spożywa Pan/Pani najczęściej.*

<b>Grupa produktów</b>	<b>Częstość spożycia</b>	<b>Główne produkty</b>
Warzywa		
Owoce		
Rośliny strączkowe (soczewica, ciecierzycza, fasola, groch, soja)		
Pełnoziarniste produkty zbożowe (pełnoziarniste pieczywo, makaron, płatki zbożowe, kasza gryczana, kasza pęczak, kasza jagłana, brązowy ryż)		
Ziemniaki		-----
Niepełnoziarniste produkty zbożowe (białe pieczywo, makaron, ryż, błyskawiczne płatki zbożowe)		
Mleko i przetwory mleczne (jogurt naturalny, kefir, sery, śmietana)		
Jaja		-----
Mięso		
Ryby		
Przetwory mięsne i rybne (wędliny, konserwy, parówki, pasztety)		
Tłuszcze (masło, smalec, margaryna, oliwa, oleje roślinne, awokado)		
Orzechy, nasiona, pestki (np. dyni)		
Słodycze, ciasta, słodkie jogurty		
Słone przekąski		
Dania instant i fast-food (z proszku/słoika /kartonu, np. zupy, sosy, dania obiadowe, kisiele, pizza, kebab, frytki)		
Mieszanki przypraw i dodatki (np. kostki rosołowe, przyprawy typu Maggi, Kucharek, przyprawa do kurczaka, ryb, ketchup, musztarda, majonez)		

Proszę podać swój typowy dzienny jadłospis (z 1-2 dni).

Godzina	Posiłek (śniadanie, II śniadanie itd.)	Nazwa potrawy i produkty, z których została zrobiona	Ilość produktów w miarach domowych