

tel. 790 71 77 71

Wywiad żywieniowo- medyczny

IMIĘ I NAZWISKO:	Waga	Wzrost	Data urodzenia
DATA:			
1. Jestem w trakcie leczenia (napisz proszę jednostki chorobowe)			

Jaki jest główny cel wizyty (np. redukcja masy ciała, dieta w chorobie)

Dieta / styl życia

	TAK	NIE	OPIS
1. Byłam/em już na diecie / dietach. Proszę podaj na jakich i jakie były efekty.			
2. W ostatnim czasie (rok) zauważyłam spadek/ wzrost masy ciała.			
3. Posiłki jadam regularnie / ilość posiłków			
4. Zwracam uwagę na to co kupuję. Ogólnie dbam o moja dietę.			
5. Nigdy nie zwracałam/em uwagi na to co jem (w mojej diecie są fast foody, żywność przetworzona, cukry proste)			
6. Moje ulubione potrawy			
7. Potrawy , których nie lubię i nie jadam.			

8.	Uprawiam sport - napisz proszę jaki i ile godzin tygodniowo. Jeżeli są to stałe dni i godziny proszę podaj.			
Kondycja przewodu pokarmowego				
1.	Mój żołądek reaguje na stres.			
2.	Mam nieprzyjemny zapach z ust.			
3.	Po posiłkach czuje się ociężała/y , śpiąca/y			
4.	W trakcie dnia odczuwam głód cukrowy ,			
5.	Mam wzdęcia, czuję ciężkość w żołądku po posiłkach.			
6.	Mam zgagę, refluks , przyjmuje inhibitory pompy protonowej (Ranigast, Controloc)			
7.	Mam nieregularny rytm wypróżnień. Biegunki / zaparcia			
8.	Zapach stolca jest nieprzyjemny i drażniący.			
9.	Mam stwierdzone: alergie, AZS, nietolerancje pokarmowe , nadwrażliwości pokarmowe. (Jeśli tak napisz proszę na co?)			
Inne				
1.	Mam problemy laryngologiczne, astmę.			
2.	Mam problemy skórne- egzema, pokrzywka, łuszczyca... inne			

3.	Ma problemy z trądzikiem / trądzikiem różowatym.			
4.	Mam częste/ nawracające infekcje dróg moczowo-płciowych.			
5.	Zauważam częste spadki nastroju , jestem nerwowa/ y, drażliwa/y.			
6.	Mam zdiagnozowane inne choroby przewlekłe.			
7.	Inne objawy będące przyczyną złego samopoczucia - Bóle głowy, migreny, przewlekłe choroby zatok itp.			
8.	W dzieciństwie przebyłam choroby: angina, zapalenie ucha środkowego, inne ostre lub przewlekłe.			
9.	W rodzinie występują choroby przewlekłe (cukrzyca, nowotwory itp.)			
10.	Zażywałam ostatnio antybiotyki. Jakie , ile czasu? Inne leki- podaj nazwę. Czy było wsparcie probiotykami?			
11.	Inne leki przyjmowane na stałe? Jakie ?			

Data:

Podpis Pacjenta: