

WYWIAD ŻYWIENIOWY

CZEŚĆ I

INFORMACJE PODSTAWOWE

Imię i Nazwisko:	
Data urodzenia:	
E-mail:	
Telefon:	
Stan fizjologiczny (zaznacz właściwe):	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Cięża <input type="checkbox"/> Laktacja
Masa ciała:	
Wzrost:	
Obwód klatki piersiowej:	
Obwód talii:	
Obwód bioder:	
Udo:	
Czy występuje któraś z wymienionych chorób? (zaznacz poprzez pogrubienie lub podkreślenie):	<input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> refluks <input type="checkbox"/> nieżyt żołądka <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> osteoporoza <input type="checkbox"/> wrzodziejące zapalenie jelita grubego <input type="checkbox"/> miażdżyca <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> nowotwór
Inne? Jakie:	

CZEŚĆ II

ZAŁOŻENIA DIETY

Jaki ma Pan/Pani cel do osiągnięcia? Czego oczekuje Pan/Pani od otrzymanej diety?	
Aktywność fizyczna, ogólny stan zdrowia – rodzaj uprawianego sportu, jak często? W jakich godzinach odbywają się treningi?	
Wskaźnik Aktywności Fizycznej PAL (zaznacz właściwe):	<input type="checkbox"/> 1,2 - 1,3 pacjent leżący w łóżku <input type="checkbox"/> 1,4 aktywność fizyczna niska <input type="checkbox"/> 1,6 aktywność fizyczna umiarkowana <input type="checkbox"/> 1,75 aktywny tryb życia <input type="checkbox"/> 2 bardzo aktywny tryb życia <input type="checkbox"/> 2,2 - 2,4 wyczynowe uprawianie sportu
Proszę określić swój charakter pracy? Czy jest to praca fizyczna/siedząca/mieszana. Czy pracuje Pan/Pani w systemie zmianowym? Czy pracuje Pan/Pani również weekendami.	
Czy ma Pan/Pani regularne godzin pracy?	
Czy ma Pan/Pani możliwość podgrzania posiłku w pracy?	
Czy wcześniej były stosowane już jakieś diety? Jakie? Z jakim efektem?	
Czy w ciągu dnia zdarza się Panu/Pani odczuwać głód?	

W jakich porach spożywa Pan/Pani poszczególne posiłki?	
Gdzie najczęściej spożywa Pan/Pani posiłki? W jakim miejscu? (w domu, na mieście, w pracy)	
Jakie płyny wypijane są w końcu dnia? Co najczęściej i w jakich ilościach?	
Czy w ciągu dnia spożywane są przekąski? Jakie? Słodycze/ słone przekąski/ chipsy/ owoce lub warzywa? Jak często?	
Czy zdarza się Panu/Pani spożywać dania typu fast-food lub dania typu instant? Jak często? Co to z reguły jest?	
Jak często pije Pan/Pani alkohol? Co i w jakich ilościach?	
Czy w Pana/Pani diecie występuje cukier? Ile łyżeczek w ciągu dnia?	
Proszę napisać o której godzinie Pan/Pani wstaje i o której kładzie się spać?	
O której godzinie zjada Pan/Pani pierwszy i ostatni posiłek?	
Ile posiłków spożywa Pan/Pani w ciągu dnia? Czy są one zjadane regularnie?	
Kto w domu robi zakupy? Kto dobiera produkty? Kto jest odpowiedzialny za przygotowywanie posiłków?	

Czym się Pan/Pani kieruje robiąc zakupy spożywcze? Czy zwraca Pan/Pani uwagę na cenę? Czy czyta Pan/Pani etykiety?	
Co najczęściej kupuje Pan/Pani podczas zakupów spożywczych?	

CZEŚĆ III

KULINARIA

Zdolności kulinarne (zaznacz właściwe):	<input type="checkbox"/> potrafię zagotować wodę na herbatę <input type="checkbox"/> potrafię przyrządzić najprostsze potrawy np. jajecznicę <input type="checkbox"/> kiedy mam przepis potrafię ugotować prawie wszystko <input type="checkbox"/> w kuchni czuję się jak ryba w wodzie <input type="checkbox"/> potrafię ugotować i zmodyfikować przepis, <input type="checkbox"/> stosuję wiele technik kulinarnych
Jak najczęściej przygotowywane są posiłki? Jakie techniki kulinarne są stosowane?	
W jaki sposób najczęściej przygotowuje Pan/Pani mięso?	
Proszę wymienić 5 potraw/produktów, które <u>muszą</u> znaleźć się w jadłospisie.	
Proszę wymienić 5 potraw/produktów, których <u>nie może</u> być w jadłospisie.	
Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki/suplementy?	

<p>Proszę o rozpisanie posiłków zjedzonych przez Pana/Panią w dzień pracujący i w dzień wolny od pracy, uwzględniając pory posiłków.</p>	
--	--