

## **ANKIETA – przed wizytą u psychodietetyka**

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Wzrost:
4. Waga:
5. Tel. kontaktowy:
6. Adres e-mail:

Wypełnienie niniejszej Ankiety oznacza wyrażenie zgody zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) na przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych w celu nawiązania kontaktu oraz udokumentowania porady psychodietetycznej / dietetycznej.

Udostępniony przez Panią / Pana adres e-mail / telefon będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych.

Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wypełniając Ankieta wyraża Pani / Pan zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na swój adres e-mail. Jednocześnie zapewniamy, że podany adres e-mail nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.

Twój rozkład dnia:

- typ pracy .....

– chodzi o czynności stale wykonywane i takie, które są nie do przesunięcia, np.: pobudka, wyjście do pracy/szkoły, powrót do domu, zakupy, trening/aktywność fizyczna, kursy/szkolenia, posiłki rodzinne, kościół, pory spania

Godz.						
Poniedziałek						
Wtorek						
Środa						
Czwartek						
Piątek						
Sobota						
Niedziela						

Inne uwagi dotyczące planu dnia:

1. Co zdecydowało o konsultacji u psychodietetyka i czego i oczekujesz po tej wizycie?
2. Czy stosowałeś/aś diety? Jakiej? i kiedy to było? Jakimi były rezultaty tych diet?
3. Co powodowało, że kolejne diety kończyły się niepowodzeniem? Co zniechęcało do kontynuowania diety?

4. Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w próbach odchudzania? Wymień przeszkody, jakie się pojawiały.
5. Jakie Twoje zachowania mają negatywny wpływ na wagę?
6. Jaki jest Twój poziom motywacji do odchudzania? Co spowoduje, że poczujesz się jeszcze bardziej zmotywowany/a?
7. Jaki jest Twój cel?
8. Jak oceniasz swoją codzienną aktywność? Jaka forma aktywności ruchowej najbardziej Ci odpowiada? Gdzie lubisz ćwiczyć? w domu, fitnessie, siłowni, na świeżym powietrzu, nie lubisz wcale?

## Moje preferencje żywieniowe

Proszę wskazać konkretne produkty w ramach poszczególnych grup.

Rodzaj produktu	Ulubione	Tolerowane	Niedopuszczalne
Mleko i przetwory mleczne (w tym sery)			
Mięso, wędliny, jaja, rośliny strączkowe			
Ryby i przetwory rybne			
Pieczywo			
Kasze i ryż			
Produkty mączne: makaron, kluski, itp.			
Płatki zbożowe i ziarna (np. pestki, sezam)			
Zupy			
Warzywa			
Owoce			
Tłuszcze			
Napoje			
Inne			

1. Ile posiłków jesz najczęściej?
2. Czy masz możliwość jeść posiłki poza domem ( w pracy/szkole)?
3. Jak wygląda Twoje śniadanie:

Śniadanie

4. Jak wygląda Twoje II śniadanie:

II śniadanie

5. Jak wygląda Twój obiad:

Obiad

6. Jak wygląda Twój podwieczorek:

Podwieczorek

7. Jak wygląda Twoja kolacja:

Kolacja

8. Pozostałe posiłki:
9. Preferowane smaki/kuchnia/przyprawy:
10. Kto w domu gotuje? Kto przyrządza posiłki? Kto robi zakupy?
11. Jeżeli sięgasz po przekąski lub jesz między posiłkami, to co to jest?
12. Kiedy czujesz największy głód?
13. Produkty, z których jest mi ciężko zrezygnować?
14. Napoje w mojej diecie (kawa/kawa z mlekiem/ herbata/zioła/cola)
15. Inne uwagi:

Nietolerancje/alergie/złe samopoczucie:

Mleko	
Rośliny strączkowe	
Mięso	
Jogurty/sery	
Gluten	
Warzywa	
Owoce	
Inne	

## Stan zdrowia

1. Czy masz jakieś dolegliwości zdrowotne? Jeśli tak to jakie?
2. Czy masz choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakież?
3. Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza? Jakież?
4. Czy zażywasz parafarmaceutyki, witaminy, suplementy lub jakieś preparaty odchudzające? Jakież?
5. Przebyte operacje? Jakież? Zalecenia lekarskie po operacji:
6. Czy masz problemy z układem krążenia?
7. Czy masz nadciśnienie?
8. Czy palisz papierosy? Ile?
9. Czy cierpisz na astmę? Jaką? Kiedy się objawia?
10. Czy masz alergię pokarmową? Na jakie produkty?
11. Czy masz alergię wziewną? Na jakie substancje/pyłki?
12. Czy masz alergię kontaktową? Na co?
13. Czy masz problemy z układem pokarmowym? Objawy?(zgaga, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, gazy, posmak w jamie ustnej)

14. Czy byłeś/teś diagnozowany pod kątem pasożytów?
15. Inne objawy (ból głowy, pokrzywka, wypadanie włosów, osłabienie, gorszy nastrój, depresja)
16. Jednostki chorobowe w rodzinie (mama, tata, rodzeństwo)
17. Dotyczy kobiet:
  - a. czy miesiączkujesz regularnie
  - b. czy byłeś w ciąży (dzieci)
18. Badania do wykonania:
  - a. morfologia z CRP
  - b. glukoza/insulina
  - c. ferrytyna
  - d. próby wątrobowe
  - e. cholesterol, HDL, LDL, TG
  - f. TSH/Ft3 /Ft4 / przeciwciała / USG (kobiety)
  - g. homocysteina, PSA (mężczyźni)
  - h. inne...

Inne uwagi pacjenta:

## **Układ pokarmowy**

Jama ustna:

- zęby – czy regularnie korzystasz z opieki dentystycznej? Czy występują problemy z gryzieniem?
- ślina - czy odczuwasz suchość w jamie ustnej?
- odczuwanie smaku: czy jakiś smak jest wyjątkowo nieprzyjemny? Czy masz problemy z odczuwaniem smaku?
- nieprzyjemny zapach z ust (w jakich porach)
- odbijanie, bekanie:
- czy chorowałeś/teś na zapalenie jamy ustnej, miałeś pleśniawki, zajady:
- czy na języku pojawia się nalot (biały, żółty?):
- czy na języku pojawiają się pęknięcia:
- Ile czasu poświęcasz na zjedzenie posiłku?
- Ile czasu przeżywasz kęs jedzenia?

Czy masz problemy z przełykaniem, np. łykaniem dużych tabletek?

Czy pojawia się ból podczas przełykania?

Czy się zachłystujesz?

Czy pojawia się odruch wymiotny? Wymioty?

Zgaga, refluks - czy były diagnozowane? Dokładny opis w powiązaniu do pór dnia i posiłków.

Inne... (np. żylaki)

Żołądek:

- poczucie niestrawności
- puste odbijania
- uczucie pełności w żołądku/wczesnej sytości
- wymioty
- nudności (po jedzeniu? na czczo?)
- „ból brzucha”:
  - lokalizacja
  - charakter
  - nasilenie
  - czas trwania
  - dolegliwości towarzyszące
  - czynniki nasilające/łagodzące

Wzdęcia (w jakiej części brzucha, czy po posiłku czy na czczo)

Zmiana rytmu wypróżnień:

- biegunki
- zaparcia
- naprzemienne wypróżnienia (biegunki/zaparcia)
- patologiczne domieszki w stolcu: krew (żywoczerwona/smoliste stolce)/ śluz / niestrawione resztki pokarmowe / tłuszcz / piana?

Kolor stolca?

Bolesne wypróżnianie

Uczucie niepełnego wypróżnienia

„Puste” parcie na stolec

## **Test na insulinooporność**

1. Czy w rodzinie ktoś choruje na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię?
2. Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę lub otyłość?
3. Czy cierpisz na nadwagę lub otyłość?
4. Czy tkanka tłuszczowa gromadzi się w górnej części ciała i talii ( tzw. trójkąt)?
5. Czy trudno Ci zrzucić wagę mimo aktywności i diety z ograniczoną ilością kalorii?
6. Czy w Twoim sposobie żywienia jadasz nieregularnie i często sięgasz po słodkie lub słone przekąski?
7. Czy bywasz senna po posiłkach?
8. Czy mimo posiłku nie czujesz sytości?
9. Czy odczuwasz zmęczenie mimo odpowiedniej ilości snu?
10. Czy masz problemy z koncentracją i pamięcią?
11. Czy odczuwasz obniżenie nastroju albo masz objawy depresyjne?
12. Czy masz wrażenie, że Twoje ciało zatrzymuje wodę - czujesz się opuchnięta?
13. Czy na ciele (karku, łokciach, kolanach a nawet dekolcie) pojawiają się ciemne plamki lub tzw. objaw brudnej skóry?
14. Czy miewasz regularnie okres?
15. Czy masz PCOS?
16. Czy diagnozowano torbiele na jajnikach?
17. Czy chorujesz na choroby tarczycy? (a w rodzinie?)
18. Czy masz problemy z zajściem w ciążę?
19. Czy poroniłaś?
20. Czy przeszłaś traumatyczną sytuację lub sytuacje, która wyzwoliła dużą dawkę stresu?
21. Czy masz problemy z wypadającymi włosami?
22. Czy masz problem z ciemnym owłosieniem na ciele?
23. Czy masz podwyższony poziom trójglicerydów i cholesterolu LDL?
24. Czy kiedykolwiek poddawałaś się badaniu z obciążeniem glukozą i insuliną?

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pretty Woman Janetta Sidoruk, ul. Prezydenta Ryszarda Kaczorowskiego 7 lok. 24U, 15-375 Białystok, NIP 5422168256
- 2) kontakt z administratorem odbywa się poprzez adres: gabinet @twojpsychodietetyk.pl
- 3) dane osobowe przetwarzane będą w celu nawiązania kontaktu oraz udokumentowania porady psychodietetycznej / dietetycznej na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. jako usprawiedliwionego interesu administratora
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty będące zaangażowane w realizację porady psychodietetycznej / dietetycznej
- 5) dane osobowe przechowywane będą po ustaniu celu biznesowego przez okres 2 lat
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować niemożliwością nawiązania kontaktu