



Ankieta do wywiadu psychodietetycznego

Ankieta służy do ustalenia problemów zdrowotnych mogących stanowić źródło trudności w redukcji masy ciała/ stanowić przyczynę niedożywienia/zaburzonych relacji z jedzeniem i/ lub mieć wpływ na dietoterapię i jej efekty. Proszę o jak najbardziej rzetelne i szczegółowe jej wypełnienie.

Imię i nazwisko:.....

1. Dane: wiek:..... Wzrost:..... Waga:.....

2. Przebyte choroby w dzieciństwie:

3. Choroby przewlekłe wraz z przyjmowanymi lekami:

4. Przebyte Infekcje jelitowe:

5. Przebyte zabiegi/ operacje chirurgiczne (kiedy?):

6. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego (*proszę podkreślić*):

Biegunki , zaparcia , zgaga , refluks , odbijanie , ból brzucha , gazy , krew w stolcu , wzdęcia , nudności , wymioty , wzmożona perystaltyka jelit , przelewanie w jelitach

Inne:

7. Nietolerancje pokarmowe lub nasiloną reakcją organizmu (*proszę podkreślić*)

Alkohol, Pszenica, Fruktaza, Surowe warzywa, Mleko, Jogurt , Kiszone kapusta

Inne:

8. Inne dolegliwości (*proszę podkreślić*)

bóle mięśni , bóle głowy , migreny , bóle stawów , wysypka , swędzenie skóry , wypadanie włosów , łamliwość paznokci , duszność , kaszel , wodnisty katar , arytmia , spadek ciśnienia krwi , nadciśnienie , omdlenia , poczucie słabości , suchość w ustach , przewlekłe zmęczenie

Inne:

9. Problemy psychiczne (*proszę podkreślić*):

- Przewlekły stres

Poziom stresu **w skali 1-10 (proszę wpisać)** reakcja na stres (*proszę podkreślić*):
podjadanie, głodzenie, inne reakcje (jakie?):

- negatywne myśli, zamartwianie się
- problemy ze snem (jakie?):
- depresja
- kompulsywne objadanie się
- głodzenie/unikanie jedzenia
- wywoływanie wymiotów lub zażywanie środków przeczyszczających po posiłku
- inne:

10. Zażywane suplementy:

11. Stosowane diety i ich rezultaty:

12. Motywacja / oczekiwania/ cel wizyty: