

Kwestionariusz żywieniowy

Proszę wypełnić **czerwonym kolorem** i odesłać na dieta@movmed.pl

wraz z dzienniczkiem żywieniowym oraz wynikami badań, lub wydrukować i zabrać ze sobą na wizytę.

Imię i nazwisko	
Wzrost	
Masa ciała	

Cel wizyty:

Choroby:	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu I	<input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy
	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu II	<input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy
	<input type="checkbox"/> Insulinooporność	<input type="checkbox"/> NAFLD
	<input type="checkbox"/> Refluks	<input type="checkbox"/> Miażdżyca
	<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Hashimoto
	<input type="checkbox"/> H. pylori	<input type="checkbox"/> SIBO
	<input type="checkbox"/> Kamica żółciowa	<input type="checkbox"/> Dna moczanowa
	<input type="checkbox"/> Infekcja pasożytnicza	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> Inne:	
Objawy:	<input type="checkbox"/> Wzdęcia, gazy	<input type="checkbox"/> obniżenie nastroju
	<input type="checkbox"/> zaparcia	<input type="checkbox"/> przewlekłe zmęczenie
	<input type="checkbox"/> biegunki	<input type="checkbox"/> uczucie zimna
	<input type="checkbox"/> bezsenność	<input type="checkbox"/> bóle głowy

	<input type="checkbox"/> Senność w ciągu dnia	<input type="checkbox"/> nadpobudliwość
	<input type="checkbox"/> nudności	<input type="checkbox"/> przebudzanie
	<input type="checkbox"/> łamliwe paznokcie	<input type="checkbox"/> Nadmierna potliwość
	<input type="checkbox"/> cellulit	<input type="checkbox"/> trądzik, wypryski skórne
	<input type="checkbox"/> wypadanie włosów	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bóle stawów <input type="checkbox"/> Inne:	
Opieka poradni specjalistycznej:		
Przyjmowane leki i dawki: (antykoncepcja)		
Przyjmowane suplementy i dawki:		

Stwierdzone alergie pokarmowe, nietolerancje:	
Obciążenia w rodzinie:	

Problemy z wagą, od kiedy?	
Najwyższa waga? Kiedy?	
Najniższa waga? Kiedy?	

Stan zdrowia

Ile razy dziennie się wypróżniasz? Problemy?	
Czy przeszedłeś zabieg lub operację związaną z układem pokarmowym?	
Jak oceniasz swoją odporność?	
Czy w dzieciństwie często chorowałeś?	

Czy obecnie przebywasz na jakiejś diecie? Jeśli tak, to jakiej?			
Kiedy uczucie głodu jest największe?			
Czy masz tendencję do objadania się? W jakich sytuacjach?			
Przy obecnym sposobie jedzenia moja waga:	<input type="checkbox"/> rośnie	<input type="checkbox"/> Stoi w miejscu	<input type="checkbox"/> spada
Ile chcesz ważyć? Dlaczego tyle?			

--	--

Kto przygotowuje posiłki?	
Jak oceniasz swoje zdolności kulinarne?	

Napoje spożywane w ciągu dnia	Ile ?	Napoje spożywane w ciągu dnia	Ile?
Kawa		Soki warzywne/smoothie	
Herbata czarna		Yerba mate	
Herbata zielona/ziółowa		Woda smakowa	
Herbata owocowa		Woda mineralna	
Napoje słodkie		Napoje energetyczne	
Soki owocowe		Napoje izotoniczne	
Syropy		Napoje light	