



SPEKTRUM
ŻYWIENIA

mgr **Lidia Szczepańska**
dietetyk kliniczny

604 544 772

kontakt@spektrumzywienia.pl
spektrumzywienia.pl

Wywiad żywieniowy

1. Imię i nazwisko	
2. Adres e-mail/telefon	
3. Wiek	
4. Wzrost i masa ciała	
5. Obwód brzucha	
6. Obwód bioder	
7. Ilość posiłków na dzień	
8. Wykonywany zawód	
9. Ilość godzin spędzanych w pracy/dziennie	
10. Czy tryb pracy jest zmianowy?	
11. Czy uprawia Pani/Pan jakiś sport? Jeśli tak to jaki i jak często?	
12. Czy podjada Pani/Pan między posiłkami? Jeżeli tak to co i w jakich sytuacjach (stres, nuda, zmęczenie itp.)	
13. Jak często je Pani/Pan słodczyce i jakie konkretnie?	
14. Ile płynów wypija Pani/Pan dziennie i jakie rodzaje (woda mineralna, soki, słodzone napoje, napoje energetyzujące)?	

15. Stosowane używki: alkohol (jaki?), papierosy, kawa, inne używki. Jak często i w jakich ilościach?	
16. Czy sładzi Pani/Pan napoje? Jeśli tak to w jakich ilościach?	
17. Jakie pieczywo Pani/Pan spożywa?	
18. Jak często je Pani/Pan warzywa? Jakie najczęściej i w jakiej postaci?	
19. Jak często je Pani/Pan owoce i jakie najczęściej?	
20. Preferowany smak potraw: słony/słodki/kwaśny/ziołowy/pikantny	
21. Jakich przypraw używa Pani/Pan (lub są używane w domu) do przygotowywania posiłków?	
22. Produkty, z których nie jest Pani/Pan w stanie zrezygnować?	
23. Produkty, których Pani/Pan nie lubi?	
24. Najczęściej spożywane rodzaje mięsa i sposób obróbki (smażenie/pieczenie/gotowanie/duszenie)	
25. Czym smaruje Pani/Pan pieczywo (masło, margaryna-jaka?)	
26. Czy jada Pani/Pan zupy? Jeśli tak to jak często i jakie najchętniej?	
27. Kiedy ma Pani/Pan największą ochotę na jedzenie?	
28. Czy są produkty, po których czuje się Pani/Pan źle/niekomfortowo (wzdęcia, uczucie pełności, zgaga itp.)?	
29. Czy obecnie występują u Pani/Pana choroby związane z układem pokarmowym?	
30. Czy przyjmuje Pani/Pan leki, suplementy diety, antykoncepcję hormonalną? Jeśli tak to jakie?	
31. Czy chorowała/chorował Pani/Pan na jakieś choroby? Jeśli tak to jakie?	
32. Czy miała/miał Pani/Pan zabieg	

operacyjny? Jeśli tak to jaki?	
33. Czy występują u Pani/Pana alergie lub nietolerancje pokarmowe? Jeśli tak to na jakie produkty?	
34. Jak często Pani/Pan się wypróżnia? Czy występują biegunki lub zaparcia?	
35. Czy ma Pani/Pan nadwagę? Jeśli tak to od kiedy?	
36. Czy stosowała/stosował Pani/Pan diety odchudzające? Jeśli tak to jakie?	
37. Jaki był efekt stosowanych diet odchudzających?	
38. Jak często Pani/Pan jada posiłki poza domem? Czy istnieje różnica w samopoczuciu po spożyciu posiłku poza domem?	
39. Choroby w rodzinie	
40. Dlaczego Pani/Pan chce schudnąć (dotyczy osób, które chcą schudnąć) i ile docelowo Pani/Pan chciałaby/chciałby ważyć?	
41. Proszę o wpisanie wyników aktualnych badań laboratoryjnych następujących parametrów: (poniżej)	
Cholesterol całkowity	
Cholesterol frakcji HDL	
Cholesterol frakcji LDL	
Trójglicerydy	
Glukoza na czczo	
Insulina na czczo	
Poziom kwasu moczowego	
Poziom żelaza	
Hormony tarczycy (TSHm T3 i T4)	

Powyższy formularz proszę wypełnić i przesać na adres:

kontakt@spektrumzywienia.pl

lub ewentualnie wziąć ze sobą na wizytę

