

Kwestionariusz żywieniowy

Zapraszam do uzupełnienia kwestionariusza, którego dokładne wypełnienie pomoże w diagnostyce i współpracy.

- Pierwsza, czwarta i piąta część kwestionariusza pozwoli mi zrozumieć jak funkcjonuje Pan(i) w ciągu dnia.
- Druga część dotyczy stanu zdrowia. Odpowiedzi na te pytania określą nasze cele i wytyczą drogę współpracy.
- Pytania o nawyki żywieniowe dotyczą sposobu w jaki Pan(i) się odżywia. Jeśli są niewłaściwe wymagają korekty. Jest to bardzo ważne, ponieważ determinują one sposób w jaki komponujemy własny jadłospis.
- Część szóstą jest skierowana do rodziców i opiekunów, którzy chcą wsparcia dietetycznego dla swoich podopiecznych.
- Ostatnią część wypełniają tylko kobiety.
- Do formularza należy załączyć wyniki badań.

Spis części

Część I Pytania podstawowe

Część II Pytania o stan zdrowia

Część III Nawyki żywieniowe

Część IV Pytania o styl życia

Część V Pytania o aktywność fizyczną

Część VI Pytania dla kobiet

Część VII Dodatkowe pytania dla rodziców

Imię i Nazwisko: _____

Data wypełnienia: _____

Adres/e-mail/telefon: _____

Część I Pytania podstawowe

(1) **Wiek:** _____

(2) **Wzrost:** _____ cm

(3) **Obecna waga:** _____ kg

(4) **Jaka odpowiedź najlepiej Pana(ą) określa?**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pracownik biurowy | <input type="checkbox"/> Sportowiec |
| <input type="checkbox"/> Uczeń/Student | <input type="checkbox"/> Młoda mama |
| <input type="checkbox"/> Osoba posiadająca bardzo stresującą pracę | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Osoba z problemami zdrowotnymi | |

(5) **Jak określi Pan(i) swój poziom energii?**

- Wstaję z trudem zwykle zmęczony(a), nic mi się nie chce
- Często odczuwam zmęczenie i senność, nie mam siły, aby zaczynać coś nowego
- Nie tryskam energią, ale radzę sobie z codziennymi zadaniami
- Mam dużo energii i często uda mi się zrobić coś nadprogramowego
- Jestem wulkanem energii i ciężko mnie zatrzymać

(6) **Rodzaj wykonywanej pracy?**

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siedząca | <input type="checkbox"/> Mieszana | <input type="checkbox"/> Nie pracuję |
| <input type="checkbox"/> Fizyczna | <input type="checkbox"/> Zmianowa | |

(7) **W jakich godzinach Pan(i) pracuje?**

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 7-15 | <input type="checkbox"/> 8-16 | <input type="checkbox"/> 9-17 | <input type="checkbox"/> inne |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

Część II Pytania o stan zdrowia

(1) Jaki jest cel wizyty?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chcę mieć więcej energii | <input type="checkbox"/> Jestem chory(a) i chcę skonsultować swoją dietę |
| <input type="checkbox"/> Chcę zdrowo się odżywiać | <input type="checkbox"/> Dieta została zlecona przez lekarza |
| <input type="checkbox"/> Chcę zmienić nawyki żywieniowe mojej rodziny | <input type="checkbox"/> Jestem sportowcem/ mam intensywne treningi |
| <input type="checkbox"/> Jestem w ciąży/ karmię piersią | <input type="checkbox"/> Inne |

(2) Chce Pan(i) schudnąć?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

(3) W jakim celu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chcę dobrze wyglądać | <input type="checkbox"/> Muszę, mam zleconą dietę |
| <input type="checkbox"/> Chcę się lepiej czuć | <input type="checkbox"/> Muszę, mam złe wyniki badań |
| <input type="checkbox"/> Ze względu na zdrowie | <input type="checkbox"/> Inne: _____ |

(4) Docelowa masa ciała: _____ kg

(5) Czy stosował Pan(i) dietę w przeszłości?

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nigdy nie stosowałem(łam) |
|------------------------------|--|

(6) Jaka to była dieta? _____

(7) Jak długo stosowana była dieta? _____

(8) Co spowodowało rezygnację ze stosowania diety?

(9) Co było w poprzedniej diecie najłatwiejsze?

(10) Co było w poprzedniej diecie najtrudniejsze?

(11) Jakie były rezultaty stosowania diety?

(12) Czy nastąpił efekt jojo po zakończeniu kuracji?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

(13) Czy jako dziecko/nastolatek miała Pan(i) kłopoty z prawidłową masą ciała?

- Tak Nie

(14) Kiedy nastąpił skok masy ciała i ile wynosił?

(15) Czy aktualnie występują u Pana(i) choroby/dolegliwości związane z przewodem pokarmowym?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak, jakie? | <input type="checkbox"/> Zatwardzenia | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Zgaga | <input type="checkbox"/> Bulgotania | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Biegunka | <input type="checkbox"/> Odbijania | |

(16) Przebyte operacje, pobyty w szpitalu?

(17) Czy często stosuje Pan(i) antybiotykoterapię? Ile razy w przeciągu ostatniego roku?

(18) Czy choruje Pan(i) na którąś z niżej wymienionych chorób?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca lub wysoki cukier we krwi | <input type="checkbox"/> Choroby przewodu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> Insulinooporność | <input type="checkbox"/> Nowotwory |
| <input type="checkbox"/> Miażdżycza lub wysoki poziom cholesterolu we krwi | <input type="checkbox"/> Alergie |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie lub zbyt niskie ciśnienie | <input type="checkbox"/> Nietolerancje pokarmowe |
| <input type="checkbox"/> Choroby serca | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Choroby nerek | |

(19) Czy kiedykolwiek lekarz zalecał stosowanie diety – jeśli tak to jaką? Od kiedy Pan(i) choruje?

(20) Czy przyjmuje Pan(i) obecnie leki?

- Tak, jakie? Nie

(21) Czy stosuje Pan(i) obecnie suplementy diety?

- Tak, jakie? Nie

(22) Czy czynniki genetyczne mają wpływ na Pana(i) stan zdrowia? Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę, nadciśnienie, cukrzycę, inne choroby?

- Tak Nie

(23) Czy wypróżnia się Pan(i) regularnie?

- Tak Nie

(24) W przypadku wystąpienia zaparć/biegunek jak sobie Pan(i) z nimi radzi?

(25) Czy zauważa Pan(i) obrzęki na ciele?

Tak

Nie

Część III Nawyki żywieniowe

(1) Którymi z wymienionych napojów nawadnia Pan(i) organizm w ciągu dnia? (litry/szklanki)

Rodzaj	Ilość	Rodzaj	Ilość
<input type="checkbox"/> Woda mineralna		<input type="checkbox"/> Jogurty pitne, maślanka, kefir	
<input type="checkbox"/> Woda smakowa		<input type="checkbox"/> Napary ziołowe	
<input type="checkbox"/> Kawa		<input type="checkbox"/> Herbaty owocowe	
<input type="checkbox"/> Herbata		<input type="checkbox"/> Napoje gazowane	
<input type="checkbox"/> Soki owocowe lub warzywne		<input type="checkbox"/> Inne	

(2) Które napoje pije Pan(i) w ciągu tygodnia?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Woda mineralna | <input type="checkbox"/> Soki owocowe lub warzywne | <input type="checkbox"/> Napoje gazowane |
| <input type="checkbox"/> Woda smakowa | <input type="checkbox"/> Jogurty pitne, maślanka, kefir | <input type="checkbox"/> Napoje energetyczne |
| <input type="checkbox"/> Kawa | <input type="checkbox"/> Napary ziołowe | <input type="checkbox"/> Napoje alkoholowe |
| <input type="checkbox"/> Herbata | <input type="checkbox"/> Herbaty owocowe | <input type="checkbox"/> Inne |

(3) Ile posiłków je Pan(i) w ciągu dnia?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1-2 posiłki | <input type="checkbox"/> 3-4 posiłki | <input type="checkbox"/> więcej niż 5 posiłków |
| <input type="checkbox"/> 2-3 posiłki | <input type="checkbox"/> 4-5 posiłków | |

(4) Czy jada Pan(i) regularnie posiłki?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1-2 posiłki | <input type="checkbox"/> 3-4 posiłki | <input type="checkbox"/> więcej niż 5 posiłków |
| <input type="checkbox"/> 2-3 posiłki | <input type="checkbox"/> 4-5 posiłków | |

(5) Jak długie są przerwy między zwykle jadany posiłkami?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> mniej niż 2 godziny | <input type="checkbox"/> od 3 do 4 godzin | <input type="checkbox"/> 5 godzin i więcej |
| <input type="checkbox"/> od 2 do 3 godzin | <input type="checkbox"/> od 4 do 5 godzin | |

(6) Jakie produkty jadł Pan(i) w ciągu ostatniego tygodnia? Ile razy? (0-7)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> mleko, napoje mleczne – | <input type="checkbox"/> drób – | <input type="checkbox"/> warzywa i owoce gotowane – |
| <input type="checkbox"/> sery twarogowe – | <input type="checkbox"/> ryby – | <input type="checkbox"/> ziemniaki – |
| <input type="checkbox"/> sery dojrzewające (żółte) – | <input type="checkbox"/> pieczywo razowe (ciemne) – | <input type="checkbox"/> masło – |
| <input type="checkbox"/> serki topione – | <input type="checkbox"/> pieczywo jasne, bułki – | <input type="checkbox"/> oleje roślinne – |
| <input type="checkbox"/> jaja – | <input type="checkbox"/> kasze – | <input type="checkbox"/> smalec – |
| <input type="checkbox"/> wędliny – | <input type="checkbox"/> pieczywo jasne – | <input type="checkbox"/> margaryna – |
| <input type="checkbox"/> parówki – | <input type="checkbox"/> kluski, makarony – | <input type="checkbox"/> słodycze (cukierki, batony, czekolada, chipsy itd.) – |
| <input type="checkbox"/> boczek – | <input type="checkbox"/> warzywa i owoce surowe – | <input type="checkbox"/> inne...? – |
| <input type="checkbox"/> mięso – | <input type="checkbox"/> orzechy – | |

(7) Czy jada Pan(i) poza domem?

Posiłek	Codziennie	Często	Od czasu do czasu	Nigdy
Śniadanie				
Obiad				
Kolacja				

(8) Czy je Pan(i) pomiędzy posiłkami?

- Nie Tak, co to jest?

(9) Czy jada Pan(i) w stresie?

- Nie Tak, co to jest?

(10) Czy jada Pan(i) produkty typu fast-food?

- codziennie często od czasu do czasu nigdy

(11) Jak często je Pan(i) słodczy? Jakże?

- codziennie często od czasu do czasu bardzo rzadko

Jakże? _____

(12) Czy gotuje Pan(i) w domu?

- Tak Nie, dlaczego?

(13) Jakże stosuje Pan(i) tłuszcze do potraw?

Potrawa	Tłuszcz, np. masło, śmietana, margaryna, olej, oliwa, smalec, łój, ...
Kanapki	
Surówki	
Duszenie	
Smażenie	
Gotowanie	
Sosy	

(14) Preferowany smak potraw:

- Słodki Kwaśny Ziołowy
 Słony Ostry Inny, jaki?

(15) Jakich przypraw używa Pan(i) w kuchni?

(16) Produkty, które Pan(i) lubi?

(17) Produkty, których Pan(i) nie lubi?

(18) Produkty z których Pan(i) nie jest w stanie zrezygnować?

(19) Produkty z których Pan(i) jest w stanie zrezygnować?

(20) Czy są potrawy/produkty po których czuje się Pan(i) źle?

(21) Z czym to może być związane?

(22) Najczęściej spożywane rodzaje mięsa?

Ryby i owoce morza Mięso białe Mięso czerwone Dziczyzna

(23) W jaki sposób jest ono przyrządzane?

Smażenie Grillowanie Inne, jakie?
 Duszenie Gotowanie

(24) Czy je Pan(i) zupy?

Nie Tak, jakie?

(25) Kiedy ma Pan(i) największą ochotę na jedzenie?

- Rano Wieczorem W południe Popołudniu

(26) Czy unika Pan(i) produktów tłustych?

- Tak Nie, raczej nie zwracam na to uwagi

(27) Czy używa Pan(i) dużo soli lub dosala gotowe potrawy?

- Tak Nie

(28) Czy czyta Pan(i) etykiety zamieszczone na produktach spożywczych?

- Tak Nie

(29) O której godzinie spożywany jest ostatni posiłek i jakie najczęściej są to produkty?

(30) Ile razy w ciągu dnia dojada Pan(i) między posiłkami?

- 4 i więcej razy 2 razy Nie dojadam wcale
 3 razy 1 raz

(31) Co wchodzi w skład dojadania?

- Nie dotyczy Owoce i słodyczne Kanapki i słodyczne
 Tylko owoce Tylko kanapki Kanapki, owoce i słodyczne
 Tylko słodyczne Kanapki i owoce Inne, jakie?

(32) Czy uważa Pan(i) swoje obecne żywienie za wystarczające ilościowo?

- Tak Nie

(33) Czy uważa Pan(i) swoje obecne żywnie za zdrowe?

- Tak Nie

Część IV Pytania o styl życia

(1) Czy ma Pan(i) nałogi?

Nie

Tak, jakie?

(2) Jak często pije Pan(i) alkohol?

Codziennie

Kilka razy w tygodniu

Kilka razy w roku

Kilka razy w miesiącu

Nigdy

(3) O której godzinie Pan(i) wstaje?

(4) O której godzinie Pan(i) kładzie się spać?

(5) Czy ma Pan(i) problemy z zasypianiem?

Tak

Nie

Część V Pytania o aktywność fizyczną

(1) Jak często Pan(i) ćwiczy?

1x tydzień

2x tydzień

3-4x tydzień

5-6x tydzień

(2) W jakie dni uprawia Pan(i) aktywność fizyczną?

PN

ŚR

PT

NDZ

WT

CZW

SB

(3) Proszę podać rodzaj aktywności fizycznej (np. spacer, pływanie, fitness).

(4) Jaki jest czas trwania treningu? _____

Część VI Pytania dla kobiet

(1) Czy jest Pani w ciąży?

Nie Tak, I trymestr Tak, II trymestr Tak, III trymestr

(2) Czy karmi Pani piersią?

Tak Nie

(3) Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne?

Tak Nie

(4) Czy miesiączkuje Pani regularnie? (obrzęki)

Tak Brak miesiączki Obfite
 Nie Bolesne Inne, jakie?

(5) Czy stara się Pani o dziecko?

Tak Nie

Część VII Dodatkowe pytania dla rodziców

(1) Czy dziecko było narodzone drogą naturalną?

Tak

Nie

(2) Czy dziecko było karmione piersią?

Tak

Nie

(3) W jakim stopniu (w skali 0-10) środowisko ma wpływ na żywienie dziecka?

(4) Proszę krótko scharakteryzować dziecko.

(5) Kto odgrywa główną rolę w żywieniu dziecka?

Przedszkole/szkoła

Rodzice

Inne:

Niania/opiekunka

Dziadkowie