

WYWIAD ŻYWIENIOWY



1. Dane personalne

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Numer telefonu	
Adres email	
Preferowane godziny kontaktu	
Preferowany sposób kontaktu	

2. Pomiary ciała

Wiek (lata)	
Wzrost (cm)	
Masa ciała (kg)	

3. Cel wizyty

Cel główny	
Dlaczego?	
Do kiedy?	
Co Cię motywuje do zmiany	

4. Praca

Wykonywany zawód	
Charakter pracy	Siedząca / Stojąca / Mieszana
Zmiany pracy	
Godziny pracy	
Przerwy pracy	
Możliwość podgrzania/zjedzenia posiłku w pracy	

5. Funkcjonowanie w ciągu dnia

Pobudka w tygodniu	
Pora snu w tygodniu	
Pobudka w weekend	
Pora snu w weekend	
Drzemki w ciągu dnia	TAK/NIE

6. Ocena dotychczasowej aktywności fizycznej

Podjęcie aktywności fizycznej	TAK / NIE
Rodzaj aktywności	
Częstotliwość aktywności	
Czas treningu	
Dni treningu	
Godziny treningu	

7. Stres

Rodzaj stresu	Psychiczny / fizyczny
Jak oceniasz ilość stresu w ciągu dnia	
Z czym stres jest związany	Praca / życie prywatne / życie rodzinne
Jaki wpływ ma stres	Zwiększa apetyt / zmniejsza apetyt / nie ma wpływu

8. Historia odchudzania

Czy w dzieciństwie występowały problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała	TAK/ NIE
Czy w rodzinie występuje problem z nadmierną masą ciała	TAK/NIE
Czy aktualna waga jest dla Ciebie optymalna	TAK/NIE
Czy chciałbyś zmniejszyć masę ciała/utrzymać masę ciała/zwiększyć masę ciała	Zmniejszyć masę ciała/utrzymać masę ciała/zwiększyć masę ciała
W jakiej wadze czujesz się najlepiej	
Czy kiedykolwiek podejmowałeś próby odchudzania	TAK/NIE
Czy stosowałeś jakieś diety	TAK/NIE Jakie
Czy odchudzałeś się już pod okiem dietetyka	TAK/NIE
Jaki był rezultat podejmowanych prób odchudzania (-5kg, -10 kg)	
Co przeszkadzało Ci podczas poprzednich prób odchudzania	
Jakie cechy powinna mieć idealna dla Ciebie dieta	

9. Sposób żywienia

Liczba spożywanych posiłków w ciągu dnia oraz liczba preferowanych posiłków	
Jakie jest rozkład posiłków w ciągu dnia	
Średni odstęp pomiędzy posiłkami wynosi (w godzinach)	
Czy podjadasz pomiędzy posiłkami	TAK/NIE Co najczęściej
Czas spożycia I śniadania	Tuż po przebudzeniu W ciągu 2 godzin Po więcej niż 2 godzinach
Czas spożycia kolacji	Tuż przed pójściem spać 1 godzinę przed snem 2-3 godziny przed snem Powyżej 3 godzin przed snem
W ilu posiłkach dziennie spożywasz warzywa	
W jakiej postaci najczęściej spożywasz warzywa	
W ilu posiłkach dziennie spożywasz owoce	
W jakiej postaci najczęściej spożywasz owoce	
Jak często spożywasz mięso	
Jakie mięso wybierasz najczęściej	
Jak często spożywasz ryby	
Jakie ryby wybierasz najczęściej	
Jak często spożywasz jaja	
W jakiej postaci spożywasz jaja	
Jak często spożywasz produkty mleczne	
Jakie spożywasz produkty mleczne	

Jak często spożywasz rośliny strączkowe	
Jak i jakie często spożywasz produkty mączne	
Jak często i jakie spożywasz pieczywo	
Czy spożywasz kaszę, makarony, ryże, ziemniaki, jakie wybierasz najczęściej	
Czym smarujesz pieczywo	
Jak często i jakie spożywasz płatki śniadaniowe (owsiane, kukurydziane, słodkie płatki typu Nesquik, jaglane)	
Jakie oleje/tłuszcze używasz w swojej kuchni	
Jak często i jakie spożywasz orzechy, nasiona, owoce suszone	
Jakie mąki używasz w swojej kuchni	
Jak często spożywasz dania typu fast food	
Jak często spożywasz dania typu instant	
Jaką obróbkę kulinarną stosujesz najczęściej w swojej kuchni	gotowanie duszenie smażenie gotowanie na parze pieczenie grillowanie
Na jakie produkty najczęściej masz ochotę	słodkie kwaśne słone gorzkie ostre tłuste
Jako przekąskę najczęściej spożywasz	słodycze tłuste przekąski owoce suszone warzywa suszone słone przekąski owoce warzywa
Spożywasz obiady jedno czy dwudaniowe	Jednodaniowe / dwudaniowe
Jakie produkty wyklucasz ze swojej diety	
Produkty, których nie lubisz	
Jakie są Twoje ulubione potrawy	

Preferowany smak potraw (słony, słodki, delikatny, mocno doprawiony, pikantny)	
Ile wody wypijasz w ciągu dnia	Do 0,5 l 0,5 – 1 l 1,5 – 2 l Więcej niż 2 l
Rodzaj pozostałych napojów w ciągu dnia	Kawa/herbata Soki Napoje niegazowane Słodzone napoje gazowane
Czy słodzisz gorące napoje, jeśli tak to czym i w jakich ilościach	
Czy spożywasz napoje wraz z posiłkami	TAK/NIE
Czy palisz papierosy	Tak/NIE Ilość
Czy pijesz alkohol	TAK/NIE Rodzaj: Ilość:
W jakich sklepach najczęściej robisz zakupy spożywcze	
Gotujesz tylko dla siebie, całej rodziny, partnera	

Wywiad medyczny

10. Przebyte choroby

Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z tarczycą	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z wątrobą	TAK/NIE

Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z trzustką	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z żołądkiem	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z nerkami	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z układem sercowo-naczynowym	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z cukrzycą	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z nadciśnieniem tętniczym	TAK/NIE
Czy masz zdiagnozowane schorzenia związane z gospodarką hormonalną	TAK/NIE
Czy masz objawy ze strony przewodu pokarmowego (zgaga, odbijanie, wzdęcia, zaparcia, biegunka,	TAK/NIE
Czy masz problemy skórne: pokrzywka, egzema, przesuszenie skóry, swędzenie	TAK/NIE
Czy masz stwierdzoną alergię pokarmową	TAK/NIE
Czy masz stwierdzoną nietolerancję pokarmową	TAK/NIE

Czy masz zdiagnozowane jeszcze inne schorzenia	TAK/NIE
Czy w rodzinie były przypadki chorób genetycznych	TAK/NIE
Czy zażywasz leki na stałe	TAK/NIE Jakie: Dawkowanie:
Czy przyjmujesz suplementy diety, witaminy	TAK/NIE Jakie: Dawkowanie:
Czy jesteś w ciąży	TAK/NIE
Czy karmisz piersią	TAK/NIE
Czy miesiączkujesz regularnie	TAK/NIE

11. Wyniki badań

Rodzaj badania	Wynik	Data badania

12. Przykładowy jadłospis

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

Posiłekgodzina

.....
.....
.....
.....

