

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko:

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

Masa ciała do jakiej dążysz (kg):

Jednostki chorobowe (na co chorujesz?):

Rozkład dnia:

- Pora wstawania:
- Pora spożywania posiłków:
 - śniadanie:
 - drugie śniadanie:
 - obiad:
 - podwieczorek:
 - kolacja:
 - dojadanie:
- Czas pracy oraz wykonywany zawód:
- Pora chodzenia spać:

Palenie papierosów:

Spożywanie alkoholu:

Preferencje żywieniowe:

lubię	nie lubię

Przyjmowane leki:

Przyjmowane suplementy diety:

Ogólny cel wizyty:

Stwierdzone alergie bądź nietolerancje pokarmowe:

Stosowane dotychczas diety:

Produkty źle tolerowane:

Problemy ze strony układu pokarmowego (np.: biegunki, wzdęcia, przelewanie):

Problemy hormonalne (u kobiet np.: nieregularne miesiączki):

Przyjmowanie antybiotykoterapii w ciągu ostatniego roku:

Informacje o aktywności fizycznej (rodzaj aktywności oraz jej częstotliwość):

Dzienniczek żywieniowy – dwa dni robocze i jeden dzień weekendowy:
(ilość / godziny spożytych posiłków oraz wypitych napojów, uwzględniając również dosładzanie)

1-szy dzień roboczy	2-gi dzień roboczy	dzień weekendowy

Dodatkowe informacje dla dietetyka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....