



mgr inż. Alicja Kulińska DIETETYK

dietanatalerzu@gmail.com

dietanatalerzu.pl

tel. 502-379-403

KWESTIONARIUSZ

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Numer telefonu.....

Wiek.....

Masa ciała (kg).....

Wzrost (w cm).....

Data wypełnienia kwestionariusza:.....

1. Jaki jest **cel** Pani/Pana wizyty u dietetyka ?

- a. odchudzanie
- b. przytycie
- c. analiza dotychczasowego sposobu żywienia
- d. opracowanie indywidualnych zaleceń dietetycznych,
- e. potrzeba motywacji do wdrożenia zmian w sposobie żywienia
- f. inny:.....

2. Czy obecnie jest Pani/Pan pod opieką lekarza specjalisty? Jeśli tak proszę napisać jakiego.

.....

3. Jakie leki/suplementy aktualnie Pani/Pan przyjmuje?

.....

.....

4. Czy odczuwa Pani/Pan jakieś dolegliwości?

- a. bóle głowy.....
- b. zgaga.....
- c. odbijanie.....
- d. wzdęcia
- e. bóle mięśni.....
- f. bóle kręgosłupa.....
- g. inne.....

5. Jak często występują wypróżnienia?

.....

6. Czy występują zaparcia? Jak często?

Definicja zaparcia: oddawanie stolca rzadziej niż 2 razy na tydzień.

.....

7. Czy występują biegunki? Jak często?

Definicja biegunki: oddawanie stolca 4 lub więcej razy na dobę.

.....

8. Czy pali Pani/Pan papierosy?

- a. TAK
- b. NIE
- c. Sporadycznie
- d. Paliłam/paliłem w przeszłości

9. Co Pani/Pan najczęściej pije w ciągu doby i ile? (np. 1 szklanka wody 3 razy dziennie, 1 szklanka soku owocowego do obiadu)

- a. Woda.....
- b. Herbata.....
- c. Kawa.....
- d. Napoje gazowane.....
- e. Soki.....
- f. Inne:.....

10. Czy słodzi Pani/Pan napoje (np. herbatę, kawę)? Jeśli tak, to czym i ile? (np. cukier: 1 łyżeczka, ksylitol, stewia, erytrol/erytrytol, miód: 2 łyżeczki)

- a. TAK
- b. NIE

11. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

- a. TAK
- b. NIE
- c. Sporadycznie
- d. Inne:.....

12. Jakiego rodzaju alkohol Pani/Pan pije? (odpowiedz jeśli w pytaniu nr 11 zaznaczyłeś twierdząco)

Jak często?

- a. Piwo.....
- b. Wino.....
- c. Wódka.....
- d. Drinki.....
- e. Inne:.....

13. Czy jada Pani/Pan słodyczne? Jak często? Jakiego typu?

.....

14. Ile **głównych posiłków** Pani/Pan spożywa? W jakich godzinach są spożywane?

- a. Śniadanie:.....
- b. Obiad:.....
- c. Kolacja:.....
- d. Inne:.....

15. Co Pani/Pan jada pomiędzy głównymi posiłkami?

- a. słodyczne
- b. sone przekąski typu paluszki, chipsy
- c. owoce
- d. kanapki
- e. piję słodkie napoje
- f. Inne:.....
- g. nic nie jadam

16. W jakim czasie po przebudzeniu spożywa Pani/Pan pierwszy posiłek?.....

17. Ile czasu przed snem spożywa Pani/Pan ostatni posiłek?.....

18. Kto w Pani/Pana domu przygotowuje posiłki?

19. Z ilu dań przygotowuje Pani/Pan obiad:

- a. zupa
- b. II danie
- c. Deser

20. Czego używa Pani/Pan do przyprawiania potraw?

- a. zioła
- b. mieszanki przypraw
- c. sól
- d. pieprz
- e. inne:.....

21. Co najczęściej Pani/Pan jada w pracy lub gdy przebywa poza domem?

.....

22. Jakie produkty i dania źle Pani/Pan toleruje?

.....

23. Jakie objawy występują po spożyciu produktów źle tolerowanych?

- a. ból brzucha
- b. wzdęcia
- c. biegunki
- d. zaparcia
- e. zgaga
- f. odbijanie

- g. uczucie pełności w nadbrzuszu
- h. inne.....
- i. nie dotyczy

24. Ulubione dania i produkty spożywcze (proszę wymienić **co najmniej 5**)

.....

.....

25. Jakiego rodzaju ma Pani/Pan aktywność fizyczną? Ile czasu trwa? Ile razy w tygodniu?

np. spacer - 30 min: codziennie, bieganie - 30 min: 2x w tygodniu, wchodzenie po schodach na 3 piętro: prawie codziennie, nordic walking - 40 min: 2x w tygodniu, praca w ogródku po 2 godz.: 4x w tygodniu w sezonie wiosenno-letnim, pływanie - 45 min: 2x w tygodniu, pilates - 45 min: 2x w tygodniu, itp.

.....

.....

.....

Dziękuję bardzo za wypełnienie ankiety.

Pomoże mi to w ocenie Pani/Pana dotychczasowego sposobu żywienia oraz pozwoli na opracowanie diety, która będzie odpowiednia dla Pani/Pana.

Przekazane informacje będą traktowane jak tajemnica lekarska.

Alicja Kulińska
Dietetyk

Klauzula informacyjna dotycząca pacjentów „Poradnia Dietetyczna Alicja Kulińska”

1. Szanowny Pacjencie, Administratorem Twoich danych osobowych jest „Poradnia Dietetyczna Alicja Kulińska”, zwana dalej: „Administratorem”. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 502 379 403, mailowo pod adresem poradnia@dietanatalerzu.
2. Twoje dane przetwarzane są w celu świadczenia usług dietetycznych, ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Twoich danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Twoich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Twoje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Masz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Przekazanie nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. Dysponując Twoimi danymi osobowymi Administrator nie będzie podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
(data, podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnia Dietetyczna Alicja Kulińska w celu świadczenia usług dietetycznych, ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia.

.....
(data, podpis pacjenta)