Pokochaj Siebie

Aleksandra Swierkosz

www.pokochajsiebie.de

Data wizyty: .....
Wzrost: .....
Waga: .....

Najważniejszy problem pacjenta

.....

KARTA WYWIADU MEDYCZNO – ŻYWIENIOWEGO

Proszę o udzielanie jak najbardziej szczegółowych i rzetelnych informacji, które umożliwią skomponowanie dla Pana/Pani diety optymalnie dopasowanej do potrzeb i upodobań kulinarnych.

Imię i nazwisko: . ..... Płeć: K M
Z polecenia znajomej/znajomego/rodziny .....
Wizyta fundowana (prezent opłacony wcześniej) przez rodzinę/znajomych .....
Adres :.....
Tel. kontaktowy (komórka) .....**e-mail**.....**Skype**.....
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr).....
Wykonywany zawód: ..... Godziny pracy: .....

Rodzaj wykonywanej pracy: **Zwierzęta w domu:** .....

1. zmianowa
2. firma + delegacje
3. siedząco-jeżdżąco-stojąca
4. umiarkowana (siedząca + kilka razy w tyg. sport)
5. ciężka fizyczna
6. tymczasowo nie pracuję zawodowo - urlop macierzyński
7. emeryt / rencista

Typ sylwetki w dzieciństwie:
Przyczyna zmian:

Reakcja na stres	**TAK**	**NIE**
Często się złoszczę		
Jem najczęściej wieczorami		
Jestem nadwrażliwy/a na krytykę, niepowodzenia, brak natychmiastowych efektów itp.		
Mam często lęki (jakie?)		
Mam skłonności depresyjne lub tylko chwilowe dołki np. pogodowe		

Styl życia	**TAK**		**NIE**
Pracuję powyżej 8 godz. na dobę			
Śpię w godzinach	**od**	**do**	
	Ile razy dziennie	Od kiedy	
palenie papierosów			
picie alkoholu (piwo, wino, wódka)			

Choroby towarzyszące			
Choroby układu krążenia:	**Pacjent -tak**	**Tak, w rodzinie (kto i na co?)**	**NIE**
• choroba niedokrwienna serca, miażdżyce, zawały, udary mózgu			
• nadciśnienie tętnicze	wartość ciśnienia		
• nowotwory			
• choroby psychiczne (depresja, schizofrenia)			
• żylaki, zakrzepica żył głębokich			
Cukrzyca	typ:		
Alergia pokarmowa	na co?:		
Alergia wziewna (pyłki, kurz itp.)	na co?		

Grzybica układowa:

Kamica nerkowa:

Kamica wątrobowa:

Niedoczynność lub nadczynność tarczycy:

Przebyte operacje:

Inne dolegliwości / choroby:

Najczęściej spotykane oznaki świadczące o stanie zdrowia organizmu: (podkreślić, jeśli występują)

1. Język
• bruzda przez środek, • odciski zębów wokół brzegów języka (język karbowany lub falowany) • bolący język • piekący język
• nabrzmiały język lub gruby biały nalot, • poziome rysy, • małe pęknięcia lub rowki • gruby żółty nalot • czerwony koniuszek języka

2. Głowa
• łupież

3. Twarz
• zmiany skórne (trądzik, wypryski innego pochodzenia) • skłonność do rozszerzonych lub pękających naczynek

4. Uszy
• pęknięcia za uszami, • nadmierne wydzielanie woszczyny z uszu

5. Dłonie
• łamliwe (rozwarstwiające się), wyszczerbiające się paznokcie, • białe plamki • pęknięcia skóry, małe pęcherzyki na czubkach palców
• spuchnięte palce lub obrzmiałe dłonie • czerwona, łuszcząca się skóra na dłoniach

6. Oczy
• blade wnętrze dolnej powieki • ciemne kręgi pod oczami

7. Usta
• pęknięcia w kącikach ust • obrzmiała dolna warga

8. Kończyny (ręce, nogi)
• bolesne miejsce na złączeniu barku z ramieniem, • niewielkie wypryski na ramionach • skurcze w nogach, • żylaki • popękane, suche pięty

9. Żołądek
• wypełniony gazami, wrażliwy żołądek, w którym chwilami pacjent czuje ból, pieczenie (zgaga)

10. Stolce
• tłuste stolce, które trudno spłukać, • cuchnące stolce • brudzące stolce (trzeba czyścić toaletę po spłukaniu), • stolec w formie bobków
• jasne stolce, • niestrawiona żywność w stolcu, • ciągłe rozwolnienia • stolce w formie cienkich strzępów • świąd w okolicach odbytu
• żylaki odbytu (hemoroidy)

11. Mocz
• kłopoty z oddawaniem moczu, • zbyt częste oddawanie moczu

Wywiad żywieniowy (ilość jedzenia, miejsce, emocje)

Posiłki: regularne/ nieregularne: Pobudka godzina: .....

Śniadanie:.....

II śniadanie: .....

Obiad: .....

Podwieczorek.....

Kolacja .....

Styl odżywiania	**TAK**	**NIE**
Stosuję typową polską dietę tj.: kanapki, kotlet, ziemniaki itp		
Stosuję dietę wegetariańską z nabiałem/ bez nabiału		
W mojej diecie ryby pojawiają się (ile razy w tyg/mc)		
Moje posiłki często są zimne		
Jem w pośpiechu		

Miejsce spożywania posiłków:

1.dom
- sam/a przygotowuje sobie posiłki, - gotuje ktoś z domowników
- korzystam z gotowych potraw (np.: pizza, pierogi, potrawy z puszki, torebki itp.)
2.bufet (stołówka w pracy)

3.na mieście
- restauracje
- fast foody (np.: Mc Donald's, KFC, Oscar, Apetit, itp.)

Często mam ochotę na potrawy (w skali 0-10):
- słodkie
- kwaśne
- ostre
- gorzkie
- słone

Ilość i jakość spożywanych napojów:
- ilość (szklanki/litry): .....

Rodzaj (w miejsce kropek proszę wpisać ilość płynów wypijanych dziennie)
- napoje słodzone nie gazowane, soki (jakie): .....
- napoje słodzone, gazowane (np. coca cola): .....
- kawa/ herbata bez cukru: .....
- kawa/ herbata z cukrem: .....
- woda mineralna gazowana/ nie gazowana: .....
- alkohol (jaki? wino, wódka, koniak itp.).....

* Jak często spożywa Pan/i alkohol w tygodniu i w jakich ilościach (kieliszki, kufle)

Słodziki: 1. tak (jakie): ..... 2. nie

Preparaty witaminowo-mineralne:
1. tak (jakie, w jakiej dawce, dlaczego?): .....
2. nie

Stosowane „diety":
1. tak (jaka, jak długo, dlaczego): .....
2. nie, nigdy nie stosowałam/em

Stosowane preparaty odchudzające / leki:
1. tak (jakie, kiedy, jak długo): .....
2. nie

Obróbka termiczna potraw (proszę zaznaczyć najczęściej stosowane metody):

1. gotowanie (może jest parowar?)
2. duszenie z obsmażaniem
3. duszenie bez obsmażania
4. pieczenie z dodatkiem tłuszczu
5. pieczenie bez dodatku tłuszczu
6. smażenie
7. rożen, grill, ruszt
8. kuchenka mikrofalowa

Aktywność fizyczna:
sport: jaki.....
ile razy w tygodniu i przez jaki czas.....

Najbardziej nielubiane warzywa to: .....
.....
Ulubione warzywa to: .....
.....
Najbardziej nielubiane owoce lub takie po których coś boli (co?) to .....
.....
Ulubione owoce to: .....
.....
Najbardziej nielubiane potrawy to lub takie po których coś boli (co?) : .....
.....

Informacje dodatkowe:
Ile ma Pan/Pani czasu na przygotowanie jedzenia?
Czy lepszym rozwiązaniem będą obiady na 2 dni (pozostałe posiłki nie)?
Czy lepszym rozwiązaniem będą zamiana obiadu z kolacją (późne wracanie do domu)?

Inne:
.....
.....
.....

Sugestie pacjenta:

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

1. Oświadczam, że udzieliła(e)m wszystkich znanych mi informacji o moim stanie zdrowia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lifeways Aleksandra Banaszkiewicz Doradztwo żywieniowe & Terapia systemowa wyłącznie do celów prozdrowotnych (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. O ochronie danych osobowych, dz.u. nr 133, poz. 883).

3.Wszystkie prawa do kopiowania oraz rozpowszechniania dokumentów otrzymanych od Lifeways Aleksandra Banaszkiewicz Doradztwo Żywieniowe & Terapia Systemowa wraz z grafikami są zastrzeżeniami dotyczącymi praw autorskich.

(a) dokumenty mogą być użyte wyłącznie informacyjnie oraz tylko do użytku osobistego i niekomercyjnego;
(b) dowolna kopia dokumentu lub jego część musi zawierać informacje o prawach autorskich oraz informacje te muszą zostać podane w identycznej formie;
(c) dokumenty nie mogą być w jakikolwiek sposób modyfikowane;

....
Data Podpis pacjenta