

Wywiad żywieniowo-medyczny

Ankieta przed pierwszą konsultacją

Jak wypełnić: odpowiedz możliwie dokładnie. Jeśli pytanie Cię nie dotyczy, wpisz „nie dotyczy”. Informacje pomogą lepiej dopasować zalecenia, ale nie zastępują diagnozy lekarskiej.

1. Dane podstawowe

Imię i nazwisko	_____	Data wypełnienia	_____
Data urodzenia / wiek	_____	Telefon / e-mail	_____
Wzrost	_____	Aktualna masa ciała	_____
Zawód / tryb pracy	_____	Osoba prowadząca	_____

Główny powód konsultacji i oczekiwany efekt:

2. Stan zdrowia i rozpoznania

Czy lekarz rozpoznał u Ciebie którąś z poniższych chorób lub dolegliwości?

- | | |
|---|---|
| ☐ Insulinooporność | ☐ Cukrzyca typu 1 |
| ☐ Cukrzyca typu 2 | ☐ Nadciśnienie tętnicze |
| ☐ Choroby tarczycy | ☐ PCOS |
| ☐ Endometrioza | ☐ Choroby serca / naczyń |
| ☐ Choroby nerek | ☐ Choroby wątroby |
| ☐ Choroby trzustki | ☐ Refluks / zgaga |
| ☐ IBS / jelito drażliwe | ☐ Choroby zapalne jelit |
| ☐ Celiakia | ☐ Dna moczanowa |
| ☐ Anemia / niedobory | ☐ Zaburzenia odżywiania |
| ☐ Choroby autoimmunologiczne | ☐ Inne |

Rozpoznanie, przebyte operacje, hospitalizacje lub urazy (z datami, jeśli pamiętasz):

Aktualne objawy lub dolegliwości, które mogą mieć związek z żywieniem:

3. Leki, suplementy i wyniki badań

Wpisz wszystkie regularnie przyjmowane leki, preparaty bez recepty i suplementy.

Nazwa preparatu	Dawka	Jak często?	Od kiedy / z jakiego powodu?

Alergie na leki lub inne ważne reakcje niepożądane:

Czy masz aktualne wyniki badań? ☐ tak ☐ nie Data ostatnich badań: _____

Badanie	Wynik / uwagi	Data
Morfologia / ferrytyna		
Glukoza / insulina / HbA1c		
Lipidogram		
TSH / FT3 / FT4		
ALT / AST / GGTP		
Kreatynina / eGFR		
Witamina D / B12 / kwas foliowy		
Inne		

4. Układ pokarmowy

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Wzdęcia | ☐ Bóle brzucha | ☐ Zaparcia |
| ☐ Biegunki | ☐ Nudności | ☐ Zgaga / refluks |
| ☐ Odbijanie | ☐ Uczucie ciężkości | ☐ Gazy |
| ☐ Brak apetytu | ☐ Nadmierny apetyt | ☐ Brak dolegliwości |

Wypróżnienia: ☐ codziennie ☐ co 2-3 dni ☐ rzadziej ☐ kilka razy dziennie Konsystencja / uwagi:

Produkty nasilające dolegliwości lub produkty źle tolerowane:

5. Sposób żywienia

O której zwykle jesz pierwszy i ostatni posiłek?	
Ile posiłków jesz w ciągu dnia? Czy podjadasz?	
Kto najczęściej przygotowuje posiłki?	
Jak często jesz poza domem / zamawiasz jedzenie?	
Czy stosujesz obecnie dietę eliminacyjną, post lub specjalny model żywienia?	
Jak oceniasz swój apetyt? ☐ mały ☐ umiarkowany ☐ duży ☐ zmienny	

Jak często w tygodniu pojawiają się poniższe produkty? (0-7)

Grupa produktów	Dni / tydz.	Uwagi
Warzywa		
Owoce		
Produkty pełnoziarniste		
Nabiał		
Mięso / drób		
Ryby		
Rośliny strączkowe		
Słodzycze / słone przekąski		
Fast food / dania gotowe		

Przykładowy dzień jedzenia (co, o której i w jakiej ilości):

6. Nawodnienie, używki i styl życia

Woda dziennie	
Kawa / herbata	
Napoje słodzone / energetyczne	
Alkohol - rodzaj i częstotliwość	
Palenie / nikotyna	

Sen	Liczba godzin: _____ Jakość: ☐ dobra ☐ średnia ☐ słaba Godziny snu: _____
Stres	Poziom 0-10: _____ Najczęstsze źródła: _____
Aktywność fizyczna	Rodzaj, częstotliwość i czas: _____
Codzienny ruch	Praca: ☐ siedząca ☐ mieszana ☐ fizyczna Kroki / spacer: _____

7. Historia masy ciała i cele

Jak zmieniła się masa ciała w ostatnich latach? Co poprzedzało większe zmiany?

Jakie metody lub diety były wcześniej stosowane? Co działało, a co nie?

Trzy najważniejsze cele, które chcesz osiągnąć:

Gotowość do zmian (0-10): _____ Największa przewidywana trudność:

Ważne: w przypadku ciąży, karmienia piersią, chorób przewlekłych, zaburzeń odżywiania lub niepokojących objawów zalecenia żywieniowe powinny być uzgodnione z lekarzem i odpowiednim specjalistą.