*Dietetyk.otulenie@gmail.com*

*Proszę o szczegółowe wypełnienie ankiety* ***na komputerze*** *oraz odesłanie w formie pliku word lub pdf.*

**WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Wiek |  |
| Wzrost: |  |
| Masa ciała: |  |
| Adres e-mail:*(w przypadku pacjentów poniżej 18 r.ż, również do rodzica )* |  |
| Aktywność fizyczna/ aktywność w ciągu dnia (proszę opisać nie tylko aktywność ruchową, ale także zajęcia dodatkowe, sposób poruszania się do szkoły/pracy, orientacyjna ilość kroków itp) |  |
| Przyjmowane leki, suplementy, zioła (proszę wypisać wszystko, łącznie z dawką) |  |
| Stwierdzone jednostki Chorobowe:*(anoreksja, bulimia, cukrzyca, choroby tarczycy, itp )* |  |
| Alergie:Jeżeli występują, należy przesłać przed rozpoczęciem turnusubadania lub opinię lekarza potwierdzającą alergię \*Ośrodek nie bierze odpowiedzialności za pojawienie się alergenu w cateringu.  |  |
| Nietolerancje pokarmowe / wybiórczość pokarmowa |  |
| Objawy ze strony układu pokarmowego: (bóle, zaparcia, skurcze jelit, wzdęcia, biegunki itp.) Jak często? Po jakich produktach? |  |
| Inne dolegliwości (np. bóle głowy, senność, wypadanie włosów itp.) |  |
| Czy aktualnie stosujesz konkretną dietę lub specjalistyczny catering?(Np: wegańska 2000kcal, wegetariańska, bez laktozy, bez nabiału itp.) |  |
| Poniżej znajdują się podstawowe diety dostępne w ośrodku, proszę o wybranie odpowiadającej preferencjom(jest możliwość zmiany diety w trakcie turnusu)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Uwagi |
| **Rodzaj diety** | mięso | ryby | laktoza | gluten |
| standard | + | + | + | + |
| wegetariańska | - | - | + | + |
| wegańska | - | - | - | + |
| bez laktozy i glutenu | + | + | - | - |

 |  |

*Dietetyk.otulenie@gmail.com*

**Dzienniczek żywieniowy**

Proszę o wypełnienie 2 dni dzienniczka żywieniowego używając miar gospodarczych tj. szklanka mleka, 1 plasterek sera, 2 kromki pieczywa, 5 łyżek płatków, 150g jogurtu itp.

Dzienniczek można wydrukować i wypełnić odręcznie oraz przesłać wraz z ankietą skanem/zdjęciem

**Dzień, data:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Posiłek:  | Produkty:  | Ilość:  | Godzina i miejsce:samopoczucie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Godziny snu:**

**Płyny wypijane w ciągu dnia:**

**Dzień 2**

**Data:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Posiłek:  | Produkty:  | Ilość:  | Godzina i miejsce:samopoczucie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Godziny snu:**

**Płyny wypijane w ciągu dnia:**