

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY



Poniższy formularz ma na celu zebranie informacji potrzebnych do opracowania indywidualnego planu żywieniowego. Zebrane dane będą stanowiły podstawę do doboru odpowiedniej strategii żywieniowej.

Wywiad należy wypełnić starannie, sumiennie i rzetelnie - w przypadku braku pewności odnośnie odpowiedzi zaleca się pozostawienie pustego okienka - informacje te zostaną uzupełnione podczas rozmowy telefonicznej z Dietetykiem.

Warunkiem rozpoczęcia współpracy jest czytelne podpisanie imieniem i nazwiskiem zgod i oświadczeń, znajdujących się na końcu formularza.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Pesel:

Data urodzenia:

Numer telefonu:

E-mail:

Dodatkowe informacje:

Część I - ogólna:

Cel wizyty:	
Motywacja (skala 1-10):	Motywacja (co motywuje?):
Czy są obawy przed rozpoczęciem kuracji: Jeżeli tak - jakie:	
Plan dnia z uwzględnieniem posiłków i nawodnienia: Sen: ... - ... Problemy ze snem:	
Status zawodowy:	Rodzaj wykonywanej pracy:
Godziny pracy (zmiany):	Czas wolny:
Aktywność fizyczna: Planowane zmiany:	
Reakcja na stres:	

Część II - zdrowotna:

Zdrowotny cel wizyty:	
Opieka lekarska:	
Wyniki badań: Proszę załączyć ksero	
Dolegliwości ze strony układu pokarmowego (np. zgaga, biegunki, zaparcia, kwaśne odbijania):	
Choroby współistniejące:	
Choroby występujące w rodzinie (do drugiego pokolenia wstecz – rodzice i dziadkowie):	
Alergie i nietolerancje pokarmowe:	
Operacje/zabiegi w ciągu ostatnich 12-stu miesięcy:	
Operacje/zabiegi w ciągu całego życia:	
Przyjmowane leki:	Przyjmowane suplementy zdrowotne (np. witaminy):
Regularność wypróżniania:	

Część III - zdrowotna wyłącznie dla kobiet:

Miesiączki:	Menopauza:
Ciąże:	Karmienie piersią:

Część IV - stan odżywienia

Waga: ... kg	Wzrost: ... cm	Obwód talii: ... cm	Obwód bioder: ... cm
Zmiany wagi w ciągu ostatnich 12-stu miesięcy: + ... kg / - ... kg			
Problemy z wagą w ciągu całego życia:			
Zmniejszony / zwiększony apetyt w ciągu ostatnich 3. miesięcy:			
Stosowane wcześniej diety:		Powodzenie wcześniejszych kuracji:	

Część V - żywieniowa (preferencyjna):

Ilość i rodzaj posiłków:	Ilość i rodzaj płynów:
Posiłki (w domu, poza domem):	Posiłki (dla siebie, dla rodziny):
Możliwości finansowe / preferowane sklepy:	
Umiejętności kulinarne:	Czas na gotowanie:
Preferowane smaki:	Dni bezmięsne:
Lubiane produkty:	Nielubiane produkty:
Podjadanie:	Nocne podjadanie:
Używki, papierosy:	Alkohol:
Resztkowanie:	Obiady (1/2 dni):
Co w diecie musi pozostać:	
Z czego w diecie można zrezygnować:	
Dostępne sprzęty kuchenne (np. parowar, blender):	
Słodycze:	Fast – foody:
Stosowane dodatki (np. cukier, mleko do kawy, masło, śmietana do zup, vegeta, przyprawy naturalne):	

Część VI - żywieniowa wyłącznie dla sportowców:

Posiłki przedtreningowe:	Posiłki potreningowe:
Płyny wypijane podczas treningu:	Stosowane suplementy sportowe (np. kreatyna):

Zgody i oświadczenia

Oświadczam, że jestem świadomy, iż z uwagi na złożoność niezależnych od zalecanej diety, lecz wykazujących realny na nią wpływ, czynników środowiskowych/genetycznych/medycznych, a także w przypadku nie stosowania się do indywidualnych zaleceń dietetyka, usługi świadczone przez EL-STIM Poradnia Dietetyczna nie dają gwarancji odniesienia zamierzonego skutku.

.....
podpis Pacjenta

Oświadczam, iż zgodnie z danymi udostępnionymi w przeprowadzonym wywiadzie zdrowotno-żywnościowym nie zataiłem żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Jednocześnie, oświadczam, że poinformowałem dietetyka o wszystkich występujących chorobach współistniejących, dolegliwościach oraz o przyjmowanych lekach i suplementach diety, a także alergiach i nietolerancjach pokarmowych. Stan mojego zdrowia całkowicie odpowiada wszystkim przekazanim informacjom.

.....
podpis Pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Organizacyjnym Elstim Sp. z o.o. oraz z cennikiem usług medycznych i zobowiązuję się do pokrycia całkowitych kosztów leczenia, bez roszczeń o zwrot tych kosztów w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
podpis Pacjenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych medycznych, w tym danych, o których mowa w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2014r. poz. 1182 j.t.) przez upoważnionych pracowników medycznych i administracyjnych Spółki Elstim Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ulicy Strzelców Bytomskich 11. Powyższa zgoda dotyczy:

1. Danych o stanie zdrowia zawartych w mojej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Spółki Elstim Sp. z o.o.,
2. Danych zawartych w przekazywanych przeze mnie dokumentach.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych zostałem poinformowany, że:

1. Administratorem danych jest Spółka Elstim Sp. z o.o. z siedzibą przy ulicy Strzelców Bytomskich 11 w Chorzowie, kod pocztowy 41-500,
2. Przekazane dane osobowe wykorzystywane będą w celach związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, statystycznych, sprawozdawczo-rozliczeniowych z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Krajowym Rejestrem Nowotworów, Głównym Urzędem Statystycznym i innymi jednostkami uprawnionymi do otrzymania przedmiotów danych,
3. Przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej,
4. Przysługuje mi prawo do dostępu treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
podpis Pacjenta