

Kwestionariusz dziecięcy

Drogi Rodzicu!

Staranna i rzetelna realizacja poniższego formularza pomoże nam w przygotowaniu najlepiej dopasowanego planu żywieniowego oraz zaleceń dietetycznych dla dziecka.

Dane osobowe

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon rodzica/opiekuna

Adres e-mail rodzica/opiekuna

Pomiary

Waga

kg

Wzrost

cm

Obwód klatki
piersiowej

cm

Obwód uda

cm

Obwód pasa

2 cm poniżej pępka

cm

Obwód pasa

na wysokości pępka

cm

Obwód ramienia

cm

Obwód bioder

najszerze miejsce
pośladka

cm

Styl życia i stan zdrowia

1. Etap edukacji

☐ uczeń szkoły podstawowe ☐ liceum ☐ żłobek ☐ przedszkole ☐ Autobus

2. Godziny edukacji

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela

3. Godziny zajęć pozalekcyjnych

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela

4. Proszę opisać aktualny rytm dnia włączając opis aktywności ruchowych lub inny charakter zajęć dodatkowych (np. gimnastyka, piłka nożna, rytmika)

5. Zaznacz środki transportu z których dziecko korzysta w ciągu dnia:

☐ Rower ☐ Tramwaj ☐ Samochód ☐ Pieszo ☐ Autobus ☐ wózek

Inne

6. Czy dziecko przebyło zabiegi operacyjne / choroby przewlekłe?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Podaj rok.

7. Sposób porodu:

☐ Naturalny ☐ Cesarskie cięcie

7a. Czy dziecko zostało urodzone w terminie?

☐ TAK ☐ NIE ☐ Wcześniak (który miesiąc?): ☐ Po terminie (ile dni?):

7b. Czy pojawiły się komplikacje w ciąży lub w trakcie porodu?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie?

8. Czy pojawiły się urazy głowy?

☐ TAK ☐ NIE

9. Jaki jest poziom odporności na stres dziecka w skali 1-10?

10. Czy u dziecka pojawia się: nadmierna pobudliwość / markotność / obniżony nastrój / rozdrażnienie / agresja / przewlekłe zmęczenie lub inne niepokojące zachowania?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i w jakich sytuacjach?

11. Czy występują u dziecka alergie na:

Pyłki ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Chemia gospodarstwa domowego ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Sierść/kurz ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Kosmetyki ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Leki ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Alergie pokarmowe ☐ TAK ☐ NIE

Wypisz:

Jeśli **TAK**, to od kiedy?

12. Czy w ostatnich 3 latach dziecko przechodziło antybiotykoterapię?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jak długo i na co?

13. Czy dziecko przesypia całą noc?

☐ TAK ☐ NIE

Ile godzin śpi?

14. Czy dziecko budzi się wyspane?

☐ TAK ☐ NIE

15. Czy zaobserwowałeś/łaś u dziecka nietypowe zachowania w nocy:

☐ problem z zasypianiem

☐ zgrzytanie zębami

☐ nocne moczenie

☐ senne koszmary

☐ zgłaszanie bólu w nocy

☐ nadmierna ruchliwość przez sen

inne: jakie?

16. Czy dziecko przyjmuje leki farmaceutyczne na stałe?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i na co? **Wypisz dawkowanie.**

17. Czy kiedykolwiek pojawiły się problemy z nieprawidłową masą ciała?

☐ TAK ☐ NIE

18. Czy kiedykolwiek pojawiały się problemy z nadwagą/otyłością u rodziców lub w rodzinie?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to u kogo?

Preferencje żywieniowe

19. Opisz jak dziecko jest odżywiane w domu i w placówce.

20. Jakie produkty preferuje dziecko?

21. Czy dziecko wykazuje wybiórczość pokarmową? Jeśli tak to wymień jakie potrawy, konsystencje i ewentualnie kolory.

22. Jakich pokarmów unika dziecko?

23. Czy dziecko było karmione piersią czy mlekiem modyfikowanym?

24. Ile posiłków dziennie je dziecko?

25. Czy dziecko zjada takie produkty jak gotowe sosy, majonezy, ketchup, fix itp.?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

26. Czy dziecko spożywa pieczywo?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

27. Czy dotychczasowy styl żywienia jest monotony? Ten sam posiłek trzy razy dziennie, częsty wybór tych samych produktów?

☐ TAK ☐ NIE

28. Czy dziecko spożywa ryby lub owoce morza?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

29. Czy dziecko spożywa produkty pełnoziarniste?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często? Np. chleb żytni, musli, ciemne makarony, gruboziarniste kasze.

30. Czy dziecko spożywa produkty wysokotłuszczowe?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Np. awokado, jajka, oliwa, boczek, masło, smalec, ryby morskie, orzechy.

31. Jaki tłuszcz jest używany w domu do smażenia potraw?

Np. masło, olej (jaki?) , smalec, oliwa z oliwek – proszę wymienić.

32. Jak często dziecko spożywa i jakie?

Warzywa

Owoce

Jajka

Mleko i jego produkty

33. Czy dziecko spożywa produkty mleczne?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często? Np. mleko, kefir, śmietana, sery, twaróg.

34. Czy dziecko je mięso?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie jest jego ulubione?

35. W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

Np. smażenie, pieczenie, duszenie, gotowanie, na parze, grillowanie.

36. Najczęściej spożywane przez dziecko węglowodany to:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Kasze | ☐ Ryże | ☐ Makarony | ☐ Pierogi | ☐ Mąki | ☐ Pieczywo |
| ☐ Słodycze | ☐ Ciasta | ☐ Cukier | ☐ Miód | ☐ Owoce | |

Jeśli **inne**, to jakie?

37. Jakie techniki kulinarne stosuje się w domu do przygotowywania potraw?

- ☐ Duszenie ☐ Grillowanie ☐ Gotowanie ☐ Pieczenie ☐ Smażenie ☐ Gotowanie na parze

Inne:

38. W jakiej atmosferze dziecko spożywa posiłki?

- ☐ Stres ☐ Relaks ☐ Pośpiech

Inne:

39. Czy dziecko spożywa słodycze, chipsy lub inne przekąski?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

40. Czy dziecko dostaje przekąski między posiłkami?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i w jakich porach dnia?

41. Czy zdarza się, że dziecko podjada w nocy lub między posiłkami?

☐ TAK ☐ NIE

42. Czy posiłki do szkoły są przygotowywane w domu?

☐ TAK ☐ NIE

43. Czy dziecko spożywa posiłki na mieście?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

44. Czy dziecko spożywa fast food?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

45. Ile litrów i jakiego rodzaju płyny dziecko pije dziennie?

46. Ile kawy i herbaty dziecko wypija w ciągu dnia i jaka to jest kawa/herbata?

Kawa

☐ Z ekspresu ☐ Rozpuszczalna ☐ Sypana

Dzienna ilość

Z jakim mlekiem?

Słodzona? ☐ TAK ☐ NIE

Czym słodzona i ile?

Ile wody w szklance?

Herbata

☐ Biała ☐ Zielona ☐ Zwykła
☐ Owocowa ☐ Czerwona ☐ Inna

Dzienna ilość

Słodzona? ☐ TAK ☐ NIE

Czym słodzona i ile?
☐ Z miodem
☐ Z sokiem
☐ Z cytryną

47. Czy dziecko pije napoje gazowane/słodzone?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

48. Jak długie są odstępy między posiłkami?

49. Ile godzin przed snem dziecko spożywa ostatni posiłek?

50. Preferowane smaki

☐ Słony

☐ Słodki

☐ Ostry

☐ Ziołowy

☐ Kwaśny

Inny:

51. Jakiego rodzaju przyprawy rodzić stosuje w swojej kuchni?

Np. pieprz, sól, oregano, kurkuma, gałka muskatołowa.

52. Kiedy dziecko ma największy apetyt?

☐ Rano

☐ Wieczorem

☐ Po szkole

☐ Po treningu

☐ W trakcie stresu

☐ Przed snem

Inne:

53. Czy dziecko zjada cały posiłek?

☐ TAK ☐ NIE

54. Czy posiłki, które dziecko spożywa dają uczucie sytości?

☐ TAK ☐ NIE

55. Czy rodzic zwraca uwagę na kaloryczność posiłków dziecka?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to ile kalorii dziennie spożywa?

56. Ile razy dziennie dziecko wypróżnia się?

57. Jaka jest konsystencja stolca?

Np. zbity, prawidłowy, rzadki.

58. Czy dziecko wypróżnia się regularnie?

☐ TAK ☐ NIE

59. Czy przy wypróżnianiu towarzyszy Ci jakiś dyskomfort?

☐ TAK ☐ NIE

60. Jakie uczucia temu towarzyszą?

61. Czy rodzic/opiekun obawia się wysokich kosztów leczenia?

☐ TAK ☐ NIE

62. Czy ktoś w rodzinie dziecka chorował lub zmarł na nowotwór?

☐ TAK ☐ NIE

63. Czy interesują Cię pakiety medyczne dla dziecka?

☐ TAK ☐ NIE

64. Jakie są oczekiwania po konsultacji?

65. Jak trafiłeś do Poradni BeWell Clinic i dlaczego wybrałeś naszą poradnię?

Dotychczasowy jadłospis

Poniżej proszę zanotować jak wygląda 7 dni ostatnio prowadzonego sposobu żywienia dziecka. Jakie posiłki, w jakich godzinach, uwzględniając również napoje oraz przekąski.

Poniedziałek

Wtorek

Środa

Czwartek

Piątek

Sobota

Niedziela

Informacje dodatkowe, uwagi