

## Kwestionariusz ogólny

Drogi Pacjencie!

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

### Dane osobowe

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon

Adres e-mail

### 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. Jaki jest Twój wykonywany zawód? Opisz krótko zakres swoich obowiązków:

## 2. Godziny w pracy/szkoły

|              |             |             |             |             |             |             |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Poniedziałek | Wtorek      | Środa       | Czwartek    | Piątek      | Sobota      | Niedziela   |
| <div></div>  | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

## 3. Godziny poza domem

|              |             |             |             |             |             |             |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Poniedziałek | Wtorek      | Środa       | Czwartek    | Piątek      | Sobota      | Niedziela   |
| <div></div>  | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

## 4. Opisz aktualny tryb życia (np. siedzący, stojący, w ruchu, bardzo aktywny)

W pracy/szkole

Poza pracę/szkolą

## 5. Zaznacz środki transportu, z których korzystasz w ciągu dnia

- ☐ Rower
- ☐ Tramwaj
- ☐ Samochód
- ☐ Pieszo
- ☐ Autobus

Inne

## 6. Czy przebyłeś ostatnio zabiegi operacyjne/choroby przewlekłe?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Podaj rok.

## 7. Czy występują lub występowały u Ciebie takie choroby jak:

- |                                                                        |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <div><input type="checkbox"/> Miażdżycy</div>                          | <div><input type="checkbox"/> Nowotwory</div>                            |
| <div><input type="checkbox"/> Wysoki poziom cholesterolu we krwi</div> | <div><input type="checkbox"/> Osteoporoza</div>                          |
| <div><input type="checkbox"/> Nadciśnienie</div>                       | <div><input type="checkbox"/> Problemy na tle hormonalnym</div>          |
| <div><input type="checkbox"/> Niedociśnienie</div>                     | <div><input type="checkbox"/> Problemy na tle skórny</div>               |
| <div><input type="checkbox"/> Choroby serca</div>                      | <div><input type="checkbox"/> Migreny</div>                              |
| <div><input type="checkbox"/> Choroby nerek</div>                      | <div><input type="checkbox"/> Depresja</div>                             |
| <div><input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy</div>               | <div><input type="checkbox"/> Bolesne miesiączki</div>                   |
| <div><input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy</div>             | <div><input type="checkbox"/> Nieprawidłowe stężenie cukru we krwi</div> |
| <div><input type="checkbox"/> Choroby przewodu pokarmowego</div>       | <div><input type="checkbox"/> Bezsenność</div>                           |
| <div><input type="checkbox"/> Refluks</div>                            | <div><input type="checkbox"/> Astma</div>                                |
| <div><input type="checkbox"/> Zgaga</div>                              | <div><input type="checkbox"/> Choroby autoimmunologiczne</div>           |
| <div><input type="checkbox"/> Choroby trzustki</div>                   | <div><input type="checkbox"/> Choroby wątroby</div>                      |

Inne choroby:

Jeśli **TAK**, to kiedy zostały zdiagnozowane?

**7a. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Ciebie urazy głowy (wypadek komunikacyjny, upadek z wysokości, szarpnięcie głową, uderzenie głową, sporty ekstremalne, sporty walki)?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Podaj rok zdarzenia.

**8. Czy potrafisz radzić sobie ze stresem?**

W pracy/szkole

☐ TAK ☐ NIE

Poza pracą/szkolą

☐ TAK ☐ NIE

**9. Jaka jest Twoja odporność na stres w skali 1-10?**

W pracy/szkole

W pracy/szkole

**10. Czy występują u Ciebie 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?

**11. Czy w ostatnich 3 latach przechodziłeś(aś) antybiotykoterapię?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jak długo i na co?

**12. Czy wysypiasz się?**

☐ TAK ☐ NIE

Ile godzin śpisz?

**13. Czy w Twojej rodzinie występują choroby przewlekłe?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to kto i na co?

**14. Czy przyjmujesz leki farmaceutyczne na stałe?** W tym kobiety antykoncepcja hormonalna

☐ TAK ☐ NIE

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

**15. Czy przyjmujesz suplementy diety na stałe?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i od kiedy?

**16. Czy występują u Ciebie nietolerancje pokarmowe/opóźnione alergię pokarmowe IgG?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie?

Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? ☐ TAK ☐ NIE

**17. Kiedy ostatnio robiłeś(aś) kontrolne wyniki badań (morfologia, mocznik itp.)?**

Poza badaniami zlecanymi przez Poradnię BeWell

**18. Czy kiedykolwiek pojawiły się u Ciebie problem z nieprawidłową masą ciała?**

☐ TAK ☐ NIE

**19. Czy miałeś(aś) problemy z nadwagą w dzieciństwie?**

☐ TAK ☐ NIE

**19a. Czy kiedykolwiek występowały u Ciebie problemy z niedowagą w dzieciństwie?**

☐ TAK ☐ NIE

**20. Czy kiedykolwiek występowały problemy z nadwagą/otyłością w Twojej rodzinie?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to u kogo?

**21. Czy występuje u Ciebie aktywność fizyczna?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, jakiego rodzaju i jak często?

## Preferencje żywieniowe

22. Jaki styl żywienia prowadziłeś(aś) do tej pory?

23. Jakie potrawy preferujesz w swojej diecie?

24. Jakich pokarmów UNIKASZ, bądź NIE LUBISZ w swojej diecie?

25. W jaki sposób odżywiałeś(aś) się w dzieciństwie?

Wymień kilka dań.

26. Ile posiłków dziennie spożywasz?

26a. Ile posiłków dziennie możesz przygotować i spożywać?

27. Ile chciałbyś/chciałabyś spożywać posiłków na diecie?

28. Czy spożywasz takie produkty jak gotowe sosy, majonezy, ketchup, fix itp.?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

29. Czy spożywasz pieczywo?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

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

☐ TAK ☐ NIE

**31. Czy spożywasz ryby lub owoce morza?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

**32. Czy spożywasz produkty pełnoziarniste?**

☐ TAK ☐ NIE

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

**33. Czy spożywasz produkty wysokotłuszczowe?**

☐ TAK ☐ NIE

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

**34. Jakiego tłuszczu używasz do smażenia potraw?**

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

**35. Jak często spożywasz i jakie?**

Warzywa

Owoce

Jajka

Mleko i jego produkty

**36. Czy spożywasz produkty mleczne?**

☐ TAK ☐ NIE

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

**37. Czy jesz mięso?**

☐ TAK ☐ NIE

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

### 38. W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

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

### 39. Najczęściej spożywane przez Ciebie węglowodany to:

- |                                   |                                 |                                   |                                  |                                |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kasze    | <input type="checkbox"/> Ryże   | <input type="checkbox"/> Makarony | <input type="checkbox"/> Pierogi | <input type="checkbox"/> Mąki  | <input type="checkbox"/> Pieczywo |
| <input type="checkbox"/> Słodycze | <input type="checkbox"/> Ciasta | <input type="checkbox"/> Cukier   | <input type="checkbox"/> Miód    | <input type="checkbox"/> Owoce |                                   |

Jeśli **inne**, to jakie?

### 40. Jakie techniki kulinarne stosujesz do przygotowywania potraw?

- |                                   |                                      |                                    |                                    |                                   |                                             |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Duszenie | <input type="checkbox"/> Grillowanie | <input type="checkbox"/> Gotowanie | <input type="checkbox"/> Pieczenie | <input type="checkbox"/> Smażenie | <input type="checkbox"/> Gotowanie na parze |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|

Inne:

### 41. Czy spożywasz obiad składający się z dwóch dań?

☐ TAK ☐ NIE

### 42. W jakiej atmosferze spożywasz posiłki?

- |                                |                                 |                                   |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stres | <input type="checkbox"/> Relaks | <input type="checkbox"/> Pośpiech |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

Inne:

### 43. Czy spożywasz słodycze, chipsy lub inne przekąski?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

### 44. Czy zdarza się, że podjadasz w nocy lub między posiłkami?

☐ TAK ☐ NIE

### 45. Czy posiłki do pracy/szkoły są przygotowywane w domu?

☐ TAK ☐ NIE

### 46. Czy spożywasz posiłki na mieście?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

### 47. Czy spożywasz fast food?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

48. Ile litrów i jakiego rodzaju płyny pijesz dziennie?

49. Ile kawy i herbaty wypijasz 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

50. Czy pijesz napoje gazowane/słodzone?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

51. Czy zdarza Ci się ominąć lub zapomnieć o jakimś posiłku?

☐ TAK ☐ NIE

52. Jak długie są odstępy między posiłkami?

53. Ile godzin przed snem spożywasz ostatni posiłek?

#### 54. Preferowane smaki

☐ Słony ☐ Słodki ☐ Ostry ☐ Ziołowy ☐ Kwaśny

Inny:

55. Jakiego rodzaju przyprawy stosujesz w swojej kuchni?

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

**56. Kiedy masz największy apetyt?**

☐ Rano ☐ Wieczorem ☐ Po pracy ☐ Po treningu ☐ W trakcie stresu ☐ Przed snem

Inne:

**57. Czy posiłki, które spożywasz dają uczucie sytości?**

☐ TAK ☐ NIE

**58. Czy zwracasz uwagę na kaloryczność potraw?**

☐ TAK ☐ NIE

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

**59. Czy palisz wyroby tytoniowe lub korzystasz z innych używek?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

**60. Czy pijesz alkohol?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakiego rodzaju i jak często?

**61. Ile razy dziennie wypróżniasz się?**

**62. Jaka jest konsystencja stolca?**

Np. zbity, prawidłowy, rzadki.

**63. Czy wypróżniasz się regularnie?**

☐ TAK ☐ NIE

**63a. Czy przy wypróżnianiu towarzyszy Ci jakiś dyskomfort?**

☐ TAK ☐ NIE

**64. Jaką wagę chciałbyś/chciałabyś osiągnąć?**

**65. Czy zdarzały się u Ciebie wahania wagi?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to ile kg?

**66. Czy obawiasz się wysokich kosztów leczenia?**

☐ TAK ☐ NIE

**67. Czy ktoś w Twojej rodzinie chorował na nowotwór?**

☐ TAK ☐ NIE

**68. Czy jesteś zainteresowany finansową ochroną zdrowia na wypadek?**

☐ TAK ☐ NIE

**69. Czy interesuje Cię informacja o pakietach medycznych?**

☐ TAK ☐ NIE

**70. Jakie są Twoje oczekiwania po konsultacji?**

- |                                                              |                                               |                                                      |                                                               |                                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obniżenie wagi                      | <input type="checkbox"/> Podniesienie wagi    | <input type="checkbox"/> Poprawa wyników zdrowotnych | <input type="checkbox"/> Zwiększenie poziomu energii          | <input type="checkbox"/> Poprawa snu    |
| <input type="checkbox"/> Zmaksymalizowanie wyników w sporcie | <input type="checkbox"/> Poprawa samopoczucia | <input type="checkbox"/> Poprawa koncentracji        | <input type="checkbox"/> Zmniejszenie dolegliwości brzusznych | <input type="checkbox"/> Poprawa libido |

Inne:

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

# Dotychczasowy jadłospis

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

## Poniedziałek

## Wtorek

## Środa

Czwartek

Piątek

Sobota

Niedziela

**Informacje dodatkowe, uwagi**