

FORMULARZ PSYCHODIETETYCZNY

Imię i nazwisko		
Telefon		
Wiek		
Wzrost i masa ciała		
Obwód pasa		
Obwód bioder		
Ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia		
Wykonywany zawód		
Godziny pracy		
Uprawiany sport Jak często?		
Pojadanie między posiłkami. Jeśli tak, to w jakich sytuacjach?		
Czynności, które towarzyszą jedzeniu.		
Jedzenie słodczy. Jakich? Jak często?		
Ilość płynów dziennie. Jakich?		
Używki: kawa, herbata, papierosy, alkohol. Jak często?		
Słodzenie napojów. Czym i w jakich ilościach?		
Spożywane pieczywo.		

Warzywa. Jakie? W jakiej postaci?		
Owoce. Jakie? W jakiej postaci?		
Alergia na produkty żywnościowe. Jeśli tak, to na jakie?		
Najchętniej używane przyprawy, zioła		
Nielubiane produkty		
Mięso i tłuszcze najczęściej jadane. Jakie? Jak przyrządzane?		
Produkty, po których jest złe samopoczucie, dyskomfort.		
Kiedy jest największa ochota na jedzenie?		
Stosowane wcześniej diety odchudzające. Z jakim efektem?		
Jedzenie poza domem. Jak często? Jakie posiłki?		

Czy w rodzinie występuje nadwaga / niedowaga lub zaburzenia odżywiania?		
Objadanie w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Ile razy?		
Wymiotowanie/ środki przeczyszczające/ nadmierne uprawianie sportu w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Ile razy w skali miesiąca?		
Stosowanie głodówek.		
Nastrój na przestrzeni ostatnich 3 miesięcy w skali 1 – 10		
Poziom stresu doświadczonego w ciągu ostatnich 3 miesięcy w skali 1 – 10		
Radzenie sobie ze stresem.		
Myśli samobójcze w ostatnim półroczu		
Niechciane, natrętne myśli, które budzą napięcie, lęk lub panikę.		
Samookaleczenia.		
Samooceń w skali 1 - 10		
Poczucie, że jest się osobą kochaną przez rodzinę, partnera, przyjaciela w skali 1 - 10		
Akceptacja przez środowisko w skali 1 – 10		

Zdolności przywódcze w skali 1 – 10		
Umiejętności samokontroli w skali 1 – 10		
Własna sprawność fizyczna w skali 1 – 10		
Własna atrakcyjność w skali 1 – 10		
Czy były kiedyś stosowane środki odchudzające? Jakie?		
Czy kiedykolwiek były stosowane leki przeciwdepresyjne, uspakajające?		
Czy obecnie jest stosowana farmakologia. Leki, suplementy. Jakie?		
Jednostki chorobowe lub dolegliwości. Jakie?		
Stała opieka lekarza w związku z dolegliwościami.		
Osoby , które wspierają.		
Jaki jest Pani / Pana cel. Co Pani / Pan chce zmienić?		
Jakie są oczekiwania Pani / Pana wobec dietoterapii/ psychoterapii?		

Wyniki badań

- Morfologia
- Lipidogram
- Trójglicerydy
- Glukoza
- TSH
- inne