



ANKIETA PRZED WIZYTĄ LEKARSKĄ

(kolorem zaznaczone są pytania, na które proszone są odpowiedzieć osoby z nadwagą i otyłością)

WYWIAD MEDYCZNY

Jaki jest Pani/Pana główny problem medyczny z którym Pani zgłasza się do lekarza?

Na jakie inne choroby Pani/Pan choruje?

Jaki Pani/Pan leki zażywa?

Czy jest Pani/Pan uczulona na jakieś leki?

Czy często spożywa Pani/Pan alkohol lub pali papierosy?

Czy w Pani/Pan najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo) występowały poważne przewlekłe choroby (np. cukrzyca, otyłość, choroby serca, nowotwory)?

Jeśli robi Pani/Pan pomiary ciśnienia tętniczego krwi w domu, to proszę napisać ostatnio mierzone wartości.

Jeśli robi Pani/Pan pomiary cukru glukometrem w domu, to proszę napisać ostatnio najczęściej mierzone wartości: na czczo.... po posiłkach....

Proszę podać obecną masę ciała

Proszę podać maksymalną masę ciała JAKĄ Pani kiedykolwiek miała

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Czy lubi Pani/Pan aktywność fizyczną?

Czy obecnie uprawia Pani/Pan jakąś regularną aktywność fizyczną?

Jak ocenia Pani/Pan swoją codzienną aktywność?

(od 1 – obłożne leżenie, 3 – praca siedząca, 5 – praca siedząca plus domowe krzątanie, zakupy, dzieci, 7 – praca w ruchu, 8 – praca w ruchu plus częsta aktywność fizyczna, 10 – ciężka praca fizyczna lub zawodowa aktywność sportowa)

SEN

Czy Pani/Pan się wysypia?

Ile godzin dziennie przeznaczają Pani/Pan na sen?

ŻYWIENIE

Ile Pani/Pan je dziennie posiłków?

Czy posiłki są regularne, o stałych porach?



Godziny spożywania posiłków:

- śniadanie I:
- śniadanie II:
- obiad:
- podwieczorek:
- kolacja:
- kolacja II:
- przekąski: kiedy? co?

O jakiej porze zjada Pani/Pan największy posiłek?

O której godzinie wstaje oraz kładzie się Pani/Pan spać?

Czy często je Pani/Pan słodczyce?

Jak często je Pani/Pan tłuste pokarmy?

Jak często Pani/Pan zjada pokarmy smażone na tłuszczu?

Czy ma Pani /Pan wrażenie, że zajada stres?

Czy zdarza się Pani/Panu wstawać w nocy by zjeść przekąskę?

Czy zdarza się Pani/Panu jeść w sposób niepohamowany?

Czy w przeszłości próbowała się Pani/Pan odchudzać?

Jakie diety odchudzające Pani/Pan stosował/a?

Czy była Pani/Pan kiedykolwiek u dietetyka?

Czy stosuje Pani/Pan jakiegokolwiek suplementy: witaminy, minerały? Jeśli tak, proszę podać ich dawkę.

PRZYKŁADOWY JADŁOSPIS:

Proszę opisać przypadkowy dzień, co i o której godzinie Pani/Pan jadł/a; np.: 2 kromki pieczywa pszennego, posmarowane masłem, 2 plastry wędliny, 1 pomidor, szklanka herbaty z mlekiem 3,2%;

- śniadanie I:
- śniadanie II:
- obiad:
- podwieczorek:
- kolacja:
- kolacja II:
- przekąski: