IMIĘ I NAZWISKO _____

DATA URODZENIA _____TEL _____E-MAIL_____

PYTANIA OGÓLNE

waga ___wzrost ___grupa krwi____ciśnienie krwi: ☐ w normie ☐ niskie _____ ☐ wysokie _____ glukoza _____

aktywność fizyczna ☐ TAK, jaka? _____ ☐ NIE / zaburzenia snu: ☐ bezsenność ☐ częste budzenie się o godzinie_____ ☐ problemy z zasypianiem ☐ mówienie we śnie ☐ zgrzytanie zębami ☐ zaciskanie zębów ☐ pocenie się w nocy ☐ intensywne sny, koszmary / chodzenie spać o godz. ____ wstawanie o godz. ____ ilość godz. snu ____

GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ, CHOROBA / CEL WIZYTY / OCZEKIWANIA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

KIEDY POJAWIŁY SIĘ OBJAWY? CZY COŚ JE POPRZEDZIŁO? (np. stres, duży żal, operacja, trauma, szok)

_____

SKĄD DOWIEDZIAŁA SIĘ PANI/PAN O GABINECIE? ☐ polecenie _____ ☐ Internet

PROSZĘ WYMIENIĆ POWAŻNIEJSZE CHOROBY W RODZINIE (rodzice, dziadkowie)
np. rak, udar, zawał serca, reumatyzm, cukrzyca, stwardnienie rozsiane, łuszczyca, migreny

_____

zmęczenie i brak energii ☐ TAK ☐ NIE / ☐ nietolerancja zimna ☐ zimne dłonie i stopy ☐ ciągłe poczucie zimna ☐ brak pocenia się / ☐ poczucie gorąca ☐ gorące dłonie i stopy ☐ pocenie się ☐ nadpotliwość

PRACA: ☐ zmianowa ☐ siedząca ☐ fizyczna ☐ w trudnych warunkach ☐ nie pracuję ☐ zajmuję się domem ☐ jestem na emeryturze ☐ jestem na zwolnieniu / Czy Pani/Pana praca jest stresująca? ☐ TAK ☐NIE

Czy lubi Pani/Pan swoją pracę? ☐ TAK ☐ NIE / Czym się Pani/Pan zajmuje (branża) _____

STYL ŻYCIA I EMOCJIE

☐ przewlekły stres ☐ lęki ☐ niepokój ☐ obniżony nastrój ☐ zaburzenia emocjonalne ☐ depresja ☐ żal do rodziców ☐ trudne dzieciństwo ☐ zachowania kompulsywne / Czy czuje się Pani/Pan szczęśliwy w życiu? ☐TAK ☐ NIE ____

Uzależnienia: ☐ jedzenie ☐ telefon ☐ Internet ☐ alkohol ☐ papierosy ☐ social media ☐ narkotyki ☐ kawa ☐ inne :

_____

KOBIETA

Regularny cykl menstruacyjny ☐ TAK ☐ NIE ile dni ? _____ / Ile dni trwa menstruacja? _____

krwawienia: ☐ obfite ☐ skąpe ☐ normalne / bóle menstruacyjne ☐ TAK ☐ NIE / ☐ częste infekcje ☐ swędzenie

☐ pieczenie ☐ upławy okolic intymnych ☐NIE /antykoncepcja hormonalna ☐ TAK ☐ NIE / ostatnia data wizyty u

ginekologa _____ / usunięte narządy rodne ☐ TAK ☐ NIE / menopauza (wiek) ☐ TAK _____☐ NIE

czy urodziła Pani dzieci ☐ TAK _____ ☐ NIE poród naturalny ☐ TAK ☐ NIE _____ / czy planuje Pani ciążę

☐ TAK _____ ☐ NIE _____ częste oddawanie moczu ☐ TAK ☐ NIE / ☐ częste infekcje pęcherza moczowego

☐ pieczenie, szczypanie, dyskomfort podczas oddawania moczu ☐ NIE / osłabione libido ☐ TAK ☐ NIE

MĘŻCZYZNA

problemy z prostatą ☐ TAK ☐ NIE / częste oddawanie moczu ☐ TAK ☐ NIE / ☐ pieczenie, szczypanie,

dyskomfort podczas oddawania moczu ☐ infekcje pęcherza moczowego ☐ infekcje intymne ☐ NIE

czy wstaje Pan w nocy, żeby oddać mocz ☐ TAK ile razy _____ ☐ NIE / osłabione libido ☐ TAK ☐ NIE

SZCZEPIENIA / ALERGIE / UKŁAD ODDECHOWY

przeprowadzone szczepienia (Covid, grypa, WZW, choroby tropikalne) ☐ TAK _____☐NIE

alergie: wziewne/pokarmowe ☐ TAK _____ ☐ NIE

problem z połykaniem tabletek ☐ TAK ☐ NIE / nocna ślepota ☐TAK ☐ NIE / problem z zatokami ☐ TAK

☐ NIE / problem z układem oddechowym ☐ TAK ☐ NIE / przebyty Covid ☐TAK _____☐ NIE

GŁOWA / UKŁAD KRWIONOŚNY / CIAŁO

bóle głowy ☐TAK _____☐ NIE / wypadanie włosów ☐ TAK ☐ NIE / łamliwe paznokcie ☐ TAK

☐ NIE / problemy ze wzrokiem ☐TAK ☐ NIE / ☐ problemy ze słuchem ☐ szumy uszne ☐NIE / plomby:

☐ białe ☐ czarne ☐ NIE / leczenie kanałowe zębów ☐TAK _____ ☐ NIE / usunięte zęby ☐TAK ___☐ NIE

☐ implanty ☐ proteza ☐ NIE / chora tarczyca ☐TAK _____☐ NIE

☐ problemy z pamięcią ☐ koncentracją ☐ NIE / ☐ żylaki ☐ pajączki ☐ hemoroidy ☐NIE / zaburzenia pracy

serca: ☐ kołatania ☐ niemiarowość ☐ przyspieszony rytm ☐ arytmia ☐ NIE / ☐ choroby skóry _____

☐ wysypki ☐ trądzik ☐ AZS ☐ łupież ☐ NIE / czy w ciele występuje: ☐ ból _____ obrzęki _____ ☐NIE

nieprzyjemny zapach: ☐ z ust ☐ potu ☐ ciała ☐ NIE

PRZEWÓD POKARMOWY

☐ bóle żołądka ☐ jelit ☐ jamy brzusznej ☐ przelewanie ☐ NIE / ☐ zgaga ☐ refluks ☐ odbijanie ☐ NIE / ☐ gazy ☐ wzdęcia ☐ NIE / godzina wypróżnienia __ / nieregularne wypróżnienia ☐ TAK ☐ NIE / skłonność do zaparć ☐ TAK ile dni maksymalnie _____ ☐ NIE / skłonność do biegunek ☐ TAK ☐ NIE / problemy z wypróżnieniem ☐ TAK, jakie? _____☐ NIE / ☐ SIBO ☐ IMO ☐ SIFO _____

LEKI / SUPLEMENTY DIETY / OPERACJE / CHOROBY

przyjmowane suplementy diety, zioła, witaminy _____

przyjmowane leki chemiczne, antybiotyki _____

poważniejsze choroby, operacje w ciągu życia _____

usunięte organy: ☐ migdały ☐ pęcherzyk żółciowy ☐ wyrostek robaczkowy ☐ NIE

zwierzęta w domu ☐ TAK _____☐ NIE / czy są regularnie odrobaczane? ☐ TAK ☐NIE / czy odrobaczała się Pani/ Pan? ☐ TAK, kiedy i jakim środkiem ? _____ ☐ NIE

inne dolegliwości niewymienione powyżej _____

PROSZĘ OPISAĆ ORIENTACYJNE GODZINY POSIŁKÓW I CO JEST SPOŻYWANE

ŚNIADANIE _____

II ŚNIADANIE_____

OBIAD _____

PODWIECZOREK _____

KOLACJA_____

PODJADANIE _____

ilość wypijanych płynów: woda ____kawa ___soki ___herbaty _____zioła ____alkohol _____ napoje gaz. _____

spożywanie: mięsa ☐ TAK ☐ NIE / nabiału ☐ TAK ☐ NIE / pszenicy ☐ TAK ☐ NIE / słodyczy ☐ TAK ☐ NIE

Czy próbujesz schudnąć, ale przychodzi Ci to z trudem? ☐ tak ☐ nie
Czy w ciągu dnia miewasz napady wilczego głodu? ☐ tak ☐ nie
Czy czujesz wzburzenie lub gniew, gdy jesteś głodny? ☐ tak ☐ nie
Czy musisz jeść co kilka godzina? ☐ tak ☐ nie
Czy miewasz silną ochotę na słodycze? ☐ tak ☐ nie
Czy odczuwasz senność po posiłkach? ☐ tak ☐ nie
Czy potrzebujesz kofeiny jako źródła energii w ciągu dnia? ☐ tak ☐ nie
Czy miewasz problem ze snem lub budzisz się z kołataniem serca? ☐ tak ☐ nie
Czy doświadczasz spadków poziomu energii, podczas których oblewa Cię pot albo masz mdłości? ☐ tak ☐ nie
Czy doświadczasz huśtawek nastroju? ☐ tak ☐ nie

MODUŁ PRZESIEWOWY — RYZYKO NIEDOŻYWIENIA, SARKOPENII I UTRATY SAMODZIELNOŚCI

1. Czy w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy doszło do niezamierzonej utraty masy ciała?

☐ nie
☐ tak, około ..... kg
☐ nie wiem

2. Czy obecnie je Pan/Pani mniej niż wcześniej?

☐ nie
☐ trochę mniej
☐ około połowy wcześniejszej ilości
☐ bardzo mało

3. Czy występuje brak apetytu, szybkie uczucie sytości, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia albo ból utrudniający jedzenie?

☐ nie
☐ tak, jakie: .....

4. Czy występują trudności z gryzieniem, żuciem lub połykaniem?

☐ nie
☐ tak
☐ zdarza się krztuszenie podczas jedzenia lub picia

5. Czy w ostatnich miesiącach zauważa Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej?

☐ nie
☐ niewielkie
☐ wyraźne

6. Czy ma Pan/Pani trudność z:

☐ wstawaniem z krzesła
☐ chodzeniem po domu
☐ wejściem po schodach
☐ utrzymaniem kubka lub torby z zakupami
☐ żadną z powyższych czynności

7. Czy w ciągu ostatniego roku wystąpiły upadki?

☐ nie
☐ 1 raz
☐ więcej niż 1 raz

8. Jak wygląda obecna aktywność w ciągu dnia?

☐ poruszam się samodzielnie i jestem aktywny/a
☐ poruszam się, ale znacznie mniej niż wcześniej
☐ większość dnia spędzam w pozycji siedzącej
☐ większość dnia spędzam w łóżku

9. Czy pacjent jest samodzielny w codziennych czynnościach?

☐ całkowicie samodzielny
☐ potrzebuje częściowej pomocy
☐ wymaga pomocy przy większości czynności
☐ jest całkowicie zależny od opiekuna

10. Czy pacjent samodzielnie:

☐ przygotowuje posiłki
☐ robi zakupy
☐ pamięta o jedzeniu i piciu
☐ przyjmuje leki
☐ nie wykonuje samodzielnie powyższych czynności

11. Czy występują zaburzenia pamięci, dezorientacja albo zapominanie o posiłkach?

☐ nie
☐ sporadycznie
☐ często

12. Czy pacjent potrzebuje przypominania, zachęcania lub pomocy podczas jedzenia?

☐ nie
☐ czasami
☐ codziennie

13. Czy pacjent ma stałego opiekuna lub osobę pomagającą w codziennym życiu?

☐ nie
☐ tak, kilka razy w tygodniu
☐ tak, codziennie
☐ wymaga opieki całodobowej

14. W czym opiekun pomaga?

☐ przygotowanie posiłków
☐ zakupy
☐ pilnowanie leków
☐ higiena i ubieranie
☐ poruszanie się
☐ wizyty lekarskie
☐ karmienie

15. Czy opiekun jest w stanie regularnie kontrolować ilość jedzenia, płynów i masę ciała pacjenta?

☐ tak
☐ częściowo
☐ nie

16. Czy pacjent stosuje doustne preparaty odżywcze, np. Nutridrink, Fresubin, Resource lub Supportan?

☐ nie
☐ tak, jakie: .....
☐ zalecono, ale pacjent ich nie przyjmuje

17. Czy istnieją trudności finansowe, organizacyjne lub rodzinne utrudniające prawidłowe żywienie?

☐ nie
☐ tak, jakie: .....

18. Co jest obecnie największym problemem?

☐ utrata masy ciała
☐ brak apetytu
☐ osłabienie mięśni
☐ trudności z połykaniem
☐ zapominanie o jedzeniu
☐ brak samodzielności
☐ brak odpowiedniej pomocy w domu
☐ inne: .....

DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ SPECJALISTĘ

Aktualna masa ciała: ..... kg
Masa ciała 3–6 miesięcy temu: ..... kg
BMI: ..... kg/m²
Obwód łydki: ..... cm

Ocena ogólna:

☐ brak istotnego ryzyka
☐ ryzyko niedożywienia
☐ ryzyko sarkopenii
☐ ryzyko zespołu kruchości
☐ konieczna dalsza ocena połykania
☐ konieczna większa pomoc opiekuna
☐ wskazana konsultacja poradni leczenia żywieniowego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Od 25.05.2018 r. obowiązuje europejskie rozporządzenie o ochronie danych osobowych zwane RODO. W związku z powyższym, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wyznaczenia terminu wizyty, przeprowadzenia konsultacji oraz przygotowania planu dietetycznego lub indywidualnego planu wsparcia organizmu.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO — zgoda osoby, której dane dotyczą.
   W przypadku przetwarzania danych dotyczących zdrowia podstawą jest również art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
5. Dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody przez Panią/Pana, nie dłużej jednak niż 2 lata od ostatniej wizyty.
6. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji konsultacji, usług dietetycznych oraz naturopatycznych.

Ponadto informuję, że ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
2. wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa.

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, przez Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960, w celu realizacji konsultacji, usług dietetycznych oraz naturopatycznych.

Zostałam(-em) poinformowana(-y), że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji usługi oraz że mam prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych i wycofania zgody w dowolnym momencie.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej.

DATA: _____ CZYTELNY PODPIS: _____

OŚWIADCZENIE I ZGODA NA KONSULTACJĘ DIETETYCZNO-NATUROPATYCZNĄ

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, iż konsultacja dietetyczno-naturopatyczna oraz wykonywane analizy mają charakter orientacyjny, edukacyjny i wspierający.

Przyjmuję do wiadomości, że konsultacja nie zastępuje wizyty lekarskiej, diagnostyki medycznej, badań laboratoryjnych, leczenia ani zaleceń lekarza prowadzącego.W przypadku chorób, niepokojących objawów, ciąży, przyjmowania leków lub pogorszenia stanu zdrowia zobowiązuję się do konsultacji z lekarzem.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji oraz przygotowanie indywidualnych zaleceń dietetycznych i naturopatycznych.

DATA: _____ CZYTELNY PODPIS: _____