

NAZWISKO IMIĘ data ur.

Adres Tel. email:

UWAGA: Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

WZROST:		WAGA:		BMI:	
Obwód talii:		Obwód bioder:		WHR:	
Należna masa ciała ((W-100)-10%):			Idealna masa ciała ((W-100)-15%):		
WAGA	1 rok temu:	2 lata temu:	3 lata temu:	4-5 lat temu:	
Maksymalna waga (kiedy):					
Maksymalny spadek masy ciała (kiedy)			Jak długo udało się utrzymać wagę?		
Czy stosował(a) Pan(i) kiedykolwiek jakąś dietę?	☐ Nie	☐ Tak	Jaką?		☐ ile razy?
Czy ćwiczył (a) Pan (i) w celu utraty masy ciała?	☐ Nie	☐ Tak	Jak długo?		☐ kiedy?
Czy uczestniczył (a) Pan (i) w spotkaniach grup wsparcia?	☐ Nie	☐ Tak	Jak długo?		☐ kiedy?
Czy korzystał (a) Pan (i) z pomocy psychoterapeuty?	☐ Nie	☐ Tak	Jak długo?		☐ kiedy?
Czy korzystał (a) Pan (i) z pomocy psychiatry / psychologa?	☐ Nie	☐ Tak	Jak długo?		☐ kiedy?
Czy stosował (a) Pan (i) leki w celu utraty masy ciała?	☐ Nie	☐ Tak	Jak długo?		☐ kiedy?
Jak często się Pan(i) wypróżnia?					
Czy ma Pan(i) zaparcia / biegunki?	☐ Nie	☐ Tak	Jak często?		
Jak ocenia Pan(i) swój stan ogólny?		☐ dobra forma		☐ forma zmienna	☐ częste zmęczenie
O której godz. kładzie się Pan(i) spać?		O której godz. Pan(i) wstaje?		= godz. snu	
Czy pali Pan(i) papierosy?	☐ Tak. Ile dziennie ?		☐ Nigdy nie paliłem/am		☐ Przestałem/am palić. Kiedy?
Czy pije Pan(i) alkohol?	☐ Nie	☐ Tak. Ile na (D/T/M)?			
Czy pan(i) sama gotuje?	☐ Tak. Typ diety?				☐ Nie
Czy spożywa Pan(i) posiłki na mieście?	☐ Nie	☐ Tak. Jak często?			
Czy spożywa Pan(i) gotowe posiłki?	☐ Nie	☐ Tak. Jak często?			
Czy Pan (i):	☐ jeździ samochodem?		☐ chodzi pieszo?		☐ korzysta z innych środków lokomocji
Jak Pan(i) spędza wolny czas?					
Czy uprawia Pan(i) sport?	☐ Nie	☐ Tak. Jaki?			
Czy ma Pan(i) problem z koncentracją, pamięcią?	☐ Nie	☐ Raczej nie	☐ Tak.. Często?		
Czy ma Pan(i) problemy z cerą/ skórą, włosami, paznokciami?	☐ Nie		☐ Raczej Nie	☐ Tak	
☐ opryszczka ☐ zajądy ☐ trądzik ☐ łuszczyca ☐ suchość ☐ inne					
Czy Pan(i) nadmiernie się poci?	☐ Nie	☐ Tak			
Czy otyłość przeszkadza Pan (u/i) w codziennej aktywności?	☐ Nie		☐ Tak. W jaki sposób?		
Czy cierpi Pan (i) z powodu krótkiego oddechu?	☐ Nie		☐ Tak		
Czy cierpi Pan (i) z powodu bezdechu nocnego?	☐ Nie	☐ Tak. Jakie leki?			
Czy w Pan (a/i) rodzinie występuje otyłość?	☐ Nie	☐ Tak. Kto?			
Czy w ostatnim czasie w wyniku operacji / chorób był Pan(i) unieruchomiony/a?	☐ Nie	☐ Tak			
Czy czuje się Pan(i) zestresowany/a w codziennym życiu?	☐ Często		☐ Czasami	☐ Rzadko	
Czy podjada Pan(i) między posiłkami?	☐ Tak		☐ Nie	☐ Czasem	
Co Pan(i) pije?	Kawa, herbata – ile szklanek/ dzień		Soki, woda mineralna – ile szklanek/ dzień		
Produkty spożywcze: ☐ Owoce ☐ Warzywa ☐ Pieczywo ☐ Kasze ☐ Makarony ☐ Słodycze ☐ Alkohol ☐ Ryby					
☐ Owoce morza ☐ Nabiał ☐					
Za czym Pan(i) przepada??.....					
Czego Pan(i) nie lubi / nie tknie?.....					