***Data wizyty:***

***Wywiad żywieniowy - dziecko***

\*Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.

\*\*Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie  adres poczty elektronicznej, oraz iż zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób – zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

\*\*\*Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem strony Mito-dietetyka oraz że akceptuję jego treść.

\*\*\*\*Wywiad dla uproszczenia zawiera odpowiedzi do zaznaczania. W polach przeznaczonych do zaznaczania wystarczy, że zaznaczysz odpowiedź. W polach przeznaczonych do uzupełnienia prosimy o uzupełnienie danych.

\*\*\*\*\*W przypadku podpisu elektronicznego, przesłanego drogą elektroniczną, przynieś oryginał z podpisem na wizytę lub doślij.

1. **Dane personalne:**

* Imię i nazwisko:
* Wiek:
* Waga i wzrost:
* Adres:
* Mail:
* Numer telefonu:
* Login skype:
* Główny cel/cele wizyty? (opisz krótko)

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje ogólne** | |
| Sposób porodu? (zaznacz obok) | Naturalny/ Cesarskie cięcie |
| Czy ciąża była zagrożona? | TAK/NIE |
| Czy byłaś narażona na duży stres w ciąży? | TAK/NIE |
| Czy w ciąży stosowałaś jakieś suplementy/leki? (opisz obok) |  |
| Czy dziecko było karmione naturalnie? | TAK/NIE |
| Czy dziecko cierpi na nadwagę? | TAK / NIE |
| Czy dziecko często choruje? | TAK / NIE |
| Czy w trakcie choroby występuje gorączka? | TAK/ NIE |
| Czy dziecko choruje na astmę? | TAK/NIE |
| Czy dziecko było szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? | TAK/NIE |
| Czy występują jakieś problemy skórne? (wysypki/plamy/swędzenie) | TAK/NIE |
| Czy dziecko choruje na stany zapalne ucha? | TAK / NIE |
| Czy dziecko brało antybiotyki? | TAK/NIE |
| Jeśli tak, to jak dużo (napisz obok) |  |
| Czy dziecko jest alergikiem? | TAK/ NIE |
| Jeśli tak, to wymień wszystkie alergeny: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Detoks** | |
| Czy ktoś z rodziny pali papierosy w domu? | TAK/ NIE |
| Czy w domu masz pleśnie/grzyby? | TAK/NIE |
| Czy używasz odświeżaczy powietrza? | TAK / NIE |
| Czy u dziecka stwierdzono nadpotliwość? | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaburzenia przewodu pokarmowego** | |
| Czu u dziecka występują bóle brzucha? | TAK/NIE |
| Czy występują bóle jelit? | TAK / NIE |
| Czy są wzdęcia? | TAK / NIE |
| Czy są biegunki? | TAK/ NIE |
| Czy są zaparcia? | TAK / NIE |
| Czy dziecko ma/miało pasożyty? | TAK/NIE |
| Jak często się wypróżnia (raz dziennie/raz na 2-3 dni/2-3 razy dziennie/)? |  |
| Czy ma problemy z próchnicą? | TAK / NIE |
| Czy u dziecka zdiagnozowano przerost Candida? | TAK/NIE |
| Czy zdiagnozowano choroby tj. Choroba Leśniowskiego-Crohna/colitis/wrzody/nadżerki? |  |
| Komentarz: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaburzenia nastroju/snu/rytmu dobowego** | |
| Czy dziecko problemy z zasypianiem/snem? | TAK / NIE |
| Czy dziecko ma dużo energii? | TAK/ NIE |
| Czy często wychodzi na światło słoneczne? | TAK/NIE |
| Czy wyłączasz na noc wifi? | TAK / NIE |
| Czy ogląda TV przed snem? | TAK / NIE |
| Czy dziecko dużo czasu spędza przed TV/komputerem/tabletem? | TAK/NIE |
| Czy szybko się uczy nowych rzeczy? | TAK/ NIE |
| Czy ma problemy z pamięcią/koncentracją? | TAK/ NIE |
| Czy pojawiają się czasem niepokój/stany lękowe? | TAK/NIE |
| Czy ktoś z rodziny cierpiał na zaburzenia nastroju/zaburzenia neurologiczne (schizofrenia/Alzheimer/Parkinson/depresja)? | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Leki i suplementy** | |
| Czy przyjmuje jakieś leki (wymień obok z podaniem dawki)? |  |
| Czy przyjmuje jakieś suplementy? Jakie? Podaj dawki (obok) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dieta i sposób odżywiania** | |
| Czy obecnie stosujesz jakąś dietę (ketogeniczna/bezglutenową/paleo/wegetariańska/samuraja/  wysokowęglowodanowa /inna)? Jak długo? (opisz obok) |  |
| Czy dziecko chętnie je warzywa? | TAK / NIE |
| Czy zwracasz uwagę na składy produktów spożywczych? Czytasz etykiety? | TAK / NIE |
| Czy spożywa dużo słodkiego (częściej niż 1-2 razy w tygodniu)? | TAK / NIE |
| Jakich tłuszczy używasz w kuchni? (olej rzepakowy/słonecznikowy/oliwa/olej kokosowy/masło/olej z awokado/smalec/inne (jakie?) |  |
| Czy dziecko spożywa dużo pieczywa? Jakie? (jasne/ciemne/graham/pełnoziarniste) |  |
| Czy je mięso? | TAK / NIE |
| Czy są produkty, których dziecko nie toleruje (alergie/nietolerancje/własne obserwacje)? (wymień) |  |
| Czy są produkty, których dziecko nie lubi? (wymień obok) |  |
| Ile pije wody? (napisz obok) |  |
| Czy pije jakieś zioła/herbaty/soki owocowe? (opisz obok) |  |
| Komentarz: |  |

|  |
| --- |
| **Przykładowy jadłospis** |
| Śniadanie: |
| Lunch: |
| Obiad |
| Podwieczorek |
| Kolacja |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sport i aktywność** | |
| Czy dziecko uprawia jakiś sport? Jaki? |  |
| Czy jest aktywne w ciągu dnia? | TAK/NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Choroby Nowotworowe (jeśli nie dotyczy – pomiń)** | |
| Czy dziecko choruję na chorobą nowotworową? Jaką? |  |
| Jak wygląda leczenie? (chemioterapia/radioterapia/inne) Jak długo? |  |
| Czy obecnie są jakieś skutki uboczne leczenia? (mdłości/brak apetytu/szybka utrata wagi/biegunki)? (opisz obok) |  |
| Czy była przeprowadzona operacja usunięcia guza? | TAK / NIE |
| Czy do tej pory stosowałaś/eś jakąś dietę wspomagającą leczenie? | TAK / NIE |
| Czy ktoś w najbliższej rodzinie cierpiał na nowotwór? | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaburzenia ze spektrum autyzmu (jeśli nie dotyczy – pomiń)** | |
| W jakim wieku padła diagnoza? |  |
| Jak wygląda leczenie/terapia? (opisz krótko) |  |
| Czy dziecko jest nerwowe/nadpobudliwe/agresywne | TAK/NIE |
| Czy pojawiają się stymulacje? | TAK / NIE |
| Czy mowa rozwija się prawidłowo? | TAK / NIE |
| Czy jest kontakt wzrokowy? | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

**Jak widzisz naszą współpracę?**

* Zależy mi na jadłospisie i suplementacji
* Chcę tylko konsultację
* Chcę ogólne zalecenia żywieniowe z suplementacją

**Własnoręczny podpis**

……………………………….