

ANKIETA – przed wizytą u dietetyka dla dziecka

PESEL:

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce zamieszkania (miejscowość):
4. Imię i nazwisko opiekuna prawnego:
5. Tel kontaktowy:
6. Skype:
7. Email (w razie zmiany adresu @ prosimy o informację zwrotną):

Wypełnij ankietę, wpisz odpowiedź lub zaznacz **X** w kwadracie (możesz zaznaczyć kilka).

CEL WIZYTY

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zrzucenie wagi | <input type="checkbox"/> Profilaktyka | <input type="checkbox"/> Zdrowy styl życia |
| <input type="checkbox"/> Przyrost masy ciała | <input type="checkbox"/> Mam pytania | <input type="checkbox"/> Przygotowanie do zawodów |
| <input type="checkbox"/> Poprawa stanu zdrowia | <input type="checkbox"/> Zdrowe odżywianie | <input type="checkbox"/> Zniwelowanie dolegliwości zdrowotnych |
| <input type="checkbox"/> Rozpoznanie przyczyny problemów zdrowotnych | | |

AKTYWNOŚĆ

Gdzie Twoje dziecko przebywa w ciągu dnia?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> W domu z mamą/tatą | <input type="checkbox"/> W domu z opiekunem lub dziadkami | <input type="checkbox"/> W żłobku |
| <input type="checkbox"/> W przedszkolu | <input type="checkbox"/> W szkole podstawowej | <input type="checkbox"/> W szkole średniej |

Jak oceniasz codzienną aktywność swojego dziecka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siedząco/leżąca (choroba uniemożliwia aktywność) | <input type="checkbox"/> Mało aktywny – nie lubi aktywność fizycznej |
| <input type="checkbox"/> Umiarkowany (czasami spacer, jazda na rowerze, rolki itp.) | <input type="checkbox"/> Aktywny - ciągle w ruchu, lubi przebywać na dworze |
| <input type="checkbox"/> Bardzo aktywny (zabawy na dworze + popołudniowe zajęcia sportowe) | <input type="checkbox"/> Jest sportowcem, uprawia dyscyplinę: |

ROZKŁAD DNIA

Opisz rozkład stałych codziennych czynności swojego dziecka na przestrzeni tygodnia np. pobudka/ praca/ zakupy/trening/ spanie.

Godzina							
PN							
WT							
ŚR							
CZ							
PT							
Godzina							
SB							
ND							

Jeśli ciężko w tej tabeli zamieścić rozkład tygodnia – rozpisz go w dowolnie inny sposób na kartce papieru.

ODŻYWIANIE

Opisz schemat żywienia swojego dziecka:

Czy planujesz jadłospis dziecka z wyprzedzeniem?

- Nie
 Tak, regularnie
 Czasami

Czy zdarzają się dziecku napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego/słonego?

- Nie
 Tak, często
 Czasami

Gdzie najczęściej spożywa obiad?

- W domu
 W żłobku/przedszkolu/szkole - catering lub stołówka
 W żłobku/przedszkolu/szkole – przygotowany samodzielnie
- Na mieście
 Różnie

Ile litrów lub szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypija w ciągu dnia?

..... litr/ów lub szkl.

Czy pije herbatę?

Nie Tak, codziennie Czasami

Jaka to herbata i ile ich wypija w ciągu dnia?

Czarna Zielona, czerwona, biała Ziołowa
 Owocowa Słodzona Z sokiem lub mlekiem
 Z cytryną Granulowana rozpuszczalna

Jakie inne napoje spożywa w ciągu dnia?

Świeże soki wyciskane Napoje gazowane Napoje i soki kolorowe
 Napoje energetyczne Wody smakowe Żadne z wymienionych

Czy przygotowujesz osobne posiłki dla dziecka?

Tak, każdy posiłek Tak, niektóre posiłki Nie, je to samo co reszta rodziny

Jakie przyprawy stosujesz gotując dla siebie i dziecka?

Maggi Vegeta Rosółki
 Ziarenka smaku Zioła Sól i pieprz

Czy jada pieczywo tradycyjne pszenne?

Nie Tak, codziennie Czasami

Czy jada kasze, ryż, pseudozboża (quinoa, teff, sorgo)?

Nie Tak, często Czasami

Czy spożywa produkty typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy?

Nie Tak, często Czasami

Czy je ryby?

Nie Tak, często Czasami

Czy je słodycze?
 Tak, kilka razy dziennie

 Tak, raz dziennie

 Tak, kilka razy w tygodniu

 Tak, okazjnie

 Tak, ale tylko jak sama coś przygotuję

 Nie, bardzo tego pilnuję

LUBI NIE LUBI

Produkty, które szczególnie lubi:	Produkty, których nie lubi ale zje jak trzeba:	Produkty, których nie cierpi i nie zje na pewno:	Produkty po których odczuwa dolegliwości:

Z D R O W I E
DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNE i CHOROBY - wypisz te, które występują u Twojego dziecka:**DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNE i CHOROBY - wypisz te, które występują u Ciebie teraz i takie, które występowały w czasie ciąży:****Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarską?**
 Nie

 Tak

Wypisz specjalizację lekarza:

Czy zażywa regularnie:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> leki przepisane przez lekarza | <input type="checkbox"/> parafarmaceutyki | <input type="checkbox"/> suplementy, witaminy i minerały |
| <input type="checkbox"/> antydepresanty | <input type="checkbox"/> preparaty odchudzające | <input type="checkbox"/> wspomagające wypróżnienia |
| <input type="checkbox"/> leki przeciwzapalne np.: Apap, Ibuprofen, Nurofen | <input type="checkbox"/> środki na zgagę | <input type="checkbox"/> preparaty ziołowe |

Wypisz nazwy i dawki stosowanych leków czy wymienionych wyżej środków:**Czy przed suplementacją wykonane zostały badania diagnostyczne?**

- Nie Tak

Wypisz przebyte operacje i zabiegi, kiedy się odbyły oraz jakie są zalecenia lekarskie:**Czy często się przeziębia?**

- Nie Tylko czasami Tak, bardzo często

Wpisz ile razy do roku Twoje dziecko się przeziębia i jakie towarzyszą mu wtedy dolegliwości:**Czy cierpi na astmę?**

- Nie Tak Nie wiem, ale miewam duszności

Jak często się wypróżnia?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raz dziennie | <input type="checkbox"/> Dwa razy dziennie | <input type="checkbox"/> Wiele razy dziennie |
| <input type="checkbox"/> Raz na dwa dni | <input type="checkbox"/> Raz na tydzień | <input type="checkbox"/> Nieregularnie |

Czy ma plomby w zębach?

- Nie Tak, jedną Tak, kilka

Czy ma zęby leczone kanałowo?

- Nie Tak, jeden Tak, kilka
- Jest w trakcie leczenia

Sposób narodzin:

- Naturalnie, bez problemów Naturalnie z powikłaniami Cesarskie cięcie ze względu na zdrowie mamy
- Cesarskie cięcie ze względu na zdrowie dziecka Cesarskie cięcie bez wskazań medycznych

Na konsultację zabierz ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie/medyczne/fizjoterapeutyczne.

Pamiętaj żeby prowadzić dzienniczek żywieniowy dziecka, wzór do pobrania na stronie www.ajwen.pl

STYL ŻYCIA I ZACHOWANIE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Łatwo wybuchają złością | <input type="checkbox"/> Kładzie się spać po 22:00 albo później | <input type="checkbox"/> Siedzi przed komputerem/ telewizorem / telefonem po 17:00 |
| <input type="checkbox"/> Wstaje bardzo wcześnie | <input type="checkbox"/> Są takie dni kiedy w ogóle nie wychodzi na zewnątrz | <input type="checkbox"/> Mamy w domu wifi |
| <input type="checkbox"/> Wifi pozostaje włączone na noc | <input type="checkbox"/> Używamy wilgotnych chusteczek | <input type="checkbox"/> Zawsze dokładnie myję ręce |
| <input type="checkbox"/> Ma problem z porannym wstawaniem | <input type="checkbox"/> Śpi mniej niż 7 godzin | <input type="checkbox"/> Ogląda codziennie telewizję |
| <input type="checkbox"/> Przesadnie dba o czystość, nie lubi brudnych rącek i zabaw w piasku | <input type="checkbox"/> Źle reaguje na światło | <input type="checkbox"/> Wybudza się w nocy |
| <input type="checkbox"/> Unika aktywności fizycznej | <input type="checkbox"/> Ma bardzo dużo popołudniowych zajęć dodatkowych | <input type="checkbox"/> Często boli je głowa |
| <input type="checkbox"/> Jest płaczliwe, często popada w histerię | <input type="checkbox"/> Jest agresywny | <input type="checkbox"/> Jest nadpobudliwy |
| <input type="checkbox"/> Ma problem z koncentracją | <input type="checkbox"/> Ma problemy z nauką | <input type="checkbox"/> Długo nosi w sobie urazę |
| <input type="checkbox"/> Nie lubi zabaw na świeżym powietrzu | <input type="checkbox"/> Ma bardzo duży apetyt | <input type="checkbox"/> Jest niejadkiem |
| <input type="checkbox"/> Często bywa zmęczone | <input type="checkbox"/> Spędza cały dzień przed komputerem/konsolą | <input type="checkbox"/> Od jakiegoś czasu jest apatyczny i obojętny |

Wypisz to co Ciebie najbardziej martwi w zachowaniu Twojego dziecka: