

ANKIETA DO PIERWSZEJ WIZYTY

Masz przed sobą druk ankiety, w której zadajemy pytania odnośnie Twojej oceny własnego zdrowia, nawyków żywieniowych, możliwych przyczyn zwiększenia masy ciała, trudności w jej redukcji. Udzielone informacje są dla nas pomocne w celu planowania najbardziej optymalnego postępowania.

Aby maksymalizować efektywność pierwszej wizyty, prosimy Cię o jej wypełnienie, wydrukowanie i przyniesienie na konsultację.

1. Kiedy po raz pierwszy doszło u Ciebie do zwiększenia masy ciała?

- w wieku szkolnym.....
- w okresie dojrzewania
- po wyjściu za mąż
- po urodzeniu dziecka
- po leczeniu sterydami
- od czasu leczenia depresji
- po zaprzestaniu uprawiania sportu / po zmniejszeniu aktywności fizycznej
- po przejściu na emeryturę
- po zaprzestaniu palenia papierosów
- inne:

2. Spróbuj podać:

- swoją najwyższą masę ciała w wieku dorosłym (kg):
- kiedy miałas/-eś taką wagę:
- swoją najniższą masę ciała w wieku dorosłym (kg):
- kiedy miałas/-eś taką wagę:
- swoją aktualną masę ciała (kg), jeśli ją mierzysz na wadze w domu:
- optymalną dla siebie masę ciała (kg) na dziś:

3. Jak myślisz, dlaczego doszło u Ciebie do zwiększenia masy ciała?

- nie wiem.....
- za mało się ruszam
- za dużo pracuję, nie mam czasu na dawną aktywność fizyczną
- nie mam czasu na samodzielne gotowanie
- jem nieregularnie
- mam pracę zmianową, często jem w nocy
- zaczęłam/zaczęłam chorować, jeśli tak, jaka to choroba / leki, które wiążesz z przyrostem masy ciała:
.....
- inne:

.....

4. **Czy dotychczas podejmowałaś/-eś próby zmniejszenia masy ciała?**

- TAK
- NIE

5. **Jeśli podejmowałaś/-eś próby zmniejszenia masy ciała, na czym one polegały?**

- samodzielnie stosowane diety
- korzystania z cateringu i diet o niskiej kaloryczności, jeśli tak napisz, jaka była ich dzienna kaloryczność i jak długo stosowałaś/-eś taką dietę
- dieta z udziałem dietetyka
- zmniejszenie ilości spożywanego jedzenia i zwiększenie ilości ruchu
- stosowanie suplementów diety, jeśli tak, jakich:.....
- leczenie pod nadzorem lekarza z udziałem leków, jeśli tak, jakich i przez jaki czas:
- inne:

6. **Jeśli stosowałaś/-eś któryś z wyżej wymienionych sposobów, jaki efekt udało Ci się osiągnąć?**

- żaden efekt, nie udało mi się zmniejszyć masy ciała
- schudłam/-em, ale na krótko, jeśli tak, jaką masę ciała osiągnęłaś/-eś i jak długo udało Ci się ją utrzymać:
- schudłam/-em, ale wróciłam/-em do dawnych nawyków i teraz jest mi trudno osiągnąć ten sam efekt

7. **Czy leczysz się przewlekłe z jakiegoś powodu?**

Nadciśnienie tętnicze

Cukrzyca typu 2

Zaburzenia lipidowe

Zespół policystycznych jajników

Depresja

Żylaki kończyn dolnych

Kamica żółciowa

Inne:

.....

Centrum Medyczne MediSpace

ul. Spokojna 5, 01-044 Warszawa

tel. 607 206 707, www.medispace.pl

8. **Jakie leki stosujesz? (uwzględnij także preparaty kupowane w aptece bez recepty):**

.....
.....
.....

9. **Czy jesz śniadania? Jeśli tak, o której godzinie jesz swój pierwszy posiłek?**

.....

10. **Czy jesz kolacje?**

.....

11. **Ile posiłków zjadasz przy stole?**

.....

12. **Ile posiłków zjadasz w ciągu dnia? Czy jadasz je regularnie?**

.....

13. **O której godzinie zjadasz ostatni posiłek?**

.....

14. **Czy dojadasz między posiłkami:**

- NIE
- TAK

Jeśli tak, jak często?

Jeśli tak, to co dojadasz? (kabanosy / chipsy/ batony/ hot-doga/ kanapkę/ jabłko?)

.....

Jeśli tak, to w jakich okolicznościach dojadasz:

- gdy jest Ci smutno:

- gdy się nudzisz:

- gdy się stresujesz:

- gdy osiągnąłeś sukces i chcesz się nim nacieszyć:

- gdy pracujesz:

- gdy oglądasz telewizję:

- inne:

15. **O której godzinie czujesz się najbardziej głodna/-y?**

.....

16. **Czy pijesz słodzone napoje tj. soki owocowe, Coca-Cola, Fanta, Tonic?**

.....

17. **Czy pijesz alkohol? Jaki? Piwo / wódka / drinki / wino? Jak często? W jakich ilościach?**

.....

18. **Jak oceniasz swoją aktywność fizyczną?**

mała

średnia

duża

19. **Spróbuj określić swoją aktywność fizyczną:**

WSPÓŁCZYNNIK AKT. FIZ.	STOPIEŃ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ
1.2	mam pracę siedzącą, w sposób zaplanowany nie spaceruję, nie jeżdżę na rowerze, nie wykonuję żadnych ćwiczeń (BRAK AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ)
1.3-1.4	mam pracę siedzącą, 1 lub 2 razy w tygodniu wykonuję ćwiczenia / spaceruję / chodzę z kijami / pływam na basenie / chodzę na taniec (NISKA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA)
1.5-1.6	mam pracę siedzącą, 3 lub 4 razy w tygodniu mam zaplanowaną aktywność fizyczną / trening (ŚREDNIA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA)
1.7-1.8	pracuję fizycznie, 3 lub 4 razy w tygodniu mam zaplanowaną aktywność fizyczną / trening (WYSOKA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA)

20. Jeśli ćwiczysz / ruszasz się, to ile czasu poświęcasz na aktywność fizyczną?

- ile dni w tygodniu masz zaplanowany wysiłek fizyczny?
- jakiego rodzaju jest to wysiłek?

spacer

szybki marsz

nordic-walking

rower stacjonarny

rower na powietrzu

basen

taniec

joga

zajęcia fitness

inne:

.....

- ile minut / godzin poświęcasz na ten wysiłek?

.....

21. Jaką redukcję masy ciała chcesz uzyskać (kg):

.....

22. Co zmotywowało Cię do podjęcia leczenia nadwagi / otyłości?

chcę poprawić stan mojego zdrowia

chcę poprawić jakość mojego snu

chcę poprawić moje samopoczucie, chcę poczuć się lepiej

chcę poprawić mój wygląd

chcę poprawić mój wygląd z powodu nadchodzącej okazji (ślub, wakacje, spotkanie towarzyskie itp.)

.....

inne: