

Podstawowy test dietetyczny

Pytania	Odpowiedzi	Notatki terapeuty
Czy zdarzają Ci się napady objadania?	TAK / NIE	
Jak dużo jesteś w stanie zjeść jeśli taki napad ma miejsce? (wymień ostatni przypadek)		
Jak często objadałeś się w ostatnich 3 miesiącach? Ile razy w tygodniu?		
Czy podjadasz w ciągu dnia?	TAK / NIE	
Czy wymiotujesz/stosujesz środki przeczyszczające/moczopędne/ uprawiasz nadmiernie sport /stosujesz restrykcyjne diety aby uniknąć skutków przejedzenia?	TAK / NIE	
Czy stosujesz głodówki ?	TAK / NIE	
Czy między głodówkami zdarzają się epizody objadania się?	TAK / NIE	
Czy są w Twoim życiu okresy gdy nie interesujesz się dietami, żywieniem, jesz normalnie, przeciętnie?	TAK / NIE	
Czujesz się szczęśliwy i w pełni zaangażowany w życie, nawet kiedy nie jesz. (Jedzenie nie jest jedynym pewnym źródłem przyjemności i satysfakcji).		
Czy odkładasz jedzenie kiedy nie jesteś głodny?		
Czy umiesz rozpoznać kiedy jesteś syty?	TAK / NIE	
Czy jesz z przyjemnością różne rodzaje potraw?	TAK / NIE	
Czy Twoja waga waha się max 2,5-3,5kg?	TAK / NIE	
Ile procent dziennego czasu poświęcasz na jedzenie?	TAK / NIE	
Jak widzą Twój stosunek do jedzenia i wagi bliscy?		
Czy kiedykolwiek brałeś tabletki odchudzające? Jeśli tak to jakie?	TAK / NIE	
Czy przyjmujesz jakieś leki/suplementy? Jeśli tak to jakie?	TAK / NIE	

Czy posiadasz jakieś jednostki chorobowe lub odczuwasz dolegliwości? Jeśli tak to jakie?	TAK / NIE	
Czy przyjmujesz substancje uzależniające? Jeśli tak to jakie? (papierosy, marihuana, alkohol, narkotyki, kleje, dopalacze, leki psychotropowe) Jeśli tak to jak często? W jakich ilościach?	TAK / NIE	
Czy jesteś pod stałą opieką lekarza w związku z Twoimi dolegliwościami?	TAK / NIE	
Czy posiadasz alergie pokarmowe? Jeśli tak to jakie?	TAK / NIE	
Ile razy już się odchudzałeś? Jakie diety stosowałeś? Ile udało Ci się schudnąć? Czy wystąpił efekt jojo?		
Czy uprawiasz sport? Jeśli tak to jaki i ile minut, godzin (suma) w tygodniu?	TAK / NIE	
Jak oceniasz swoje szanse na schudnięcie w skali 1 – 10 jeśli taki jest Twój cel?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Czy istnieją w Twoim życiu osoby, które wiedzą o Twoim problemie i możesz liczyć na ich wsparcie?	TAK / NIE	
Jaki jest Twój cel? Co chciałbyś zmienić? Po co?		
Jakie są Twoje oczekiwania wobec dietoterapii?		
Czy zapoznałeś się z regulaminem (kontraktem między pacjentem a terapeutą?)	TAK / NIE	

Dziękuję Ci za poświęcenie czasu na refleksję. Do zobaczenia na terapii 😊