

**KARTA DZIECKA / WYWIAD ŻYWIENIOWY**

**Proszę wypełnić literami drukowanymi. Kwadraciki (□) odpowiednio zaznaczyć.**

Nazwisko i Imię.....  
PESEL.....  
Data urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
Waga/wzrost .....  
Imiona rodziców/opiekunów.....  
Tel: .....  
E-mail: .....

**Dolegliwość** (nazwać lub opisać):  
.....

Czy obecne schorzenie było leczone? (T/N) W jaki sposób?  
.....

Inne problemy zdrowotne? .....

**Czy dziecko miało któreś z niżej wymienionych dolegliwości w ciągu ostatnich 6 m-cy:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD                  | <input type="checkbox"/> chroniczne przeziębienie | <input type="checkbox"/> napady złości        |
| <input type="checkbox"/> astma/alergia         | <input type="checkbox"/> infekcja uszu            | <input type="checkbox"/> nawracająca gorączka |
| <input type="checkbox"/> atak padaczkowy       | <input type="checkbox"/> kolka                    | <input type="checkbox"/> skolioza             |
| <input type="checkbox"/> autyzm                | <input type="checkbox"/> moczenie nocne           | <input type="checkbox"/> wypadek samochodowy  |
| <input type="checkbox"/> bóle głowy            | <input type="checkbox"/> Mózgowe Porażenie        | <input type="checkbox"/> inne:.....           |
| <input type="checkbox"/> bóle nóg              | <input type="checkbox"/> Dziecięce                |   |
| <input type="checkbox"/> bóle wzrostowe/pleców | <input type="checkbox"/> problemy z trawieniem    |   |

Waga obecna .....

Waga docelowa. ....

Emocje, które powodują, że dziecko zaczyna jeść ( wymień jakie ): .....

**Tryb życia dziecka:**

- aktywny
- umiarkowanie aktywny
- mało aktywny

**Rodzaj i częstotliwość uprawianego sportu:** .....

**Grupa krwi dziecka**       A       B       AB       O

Ostatnie wyniki badań ( do wypełnienia w czasie wizyty):  
.....  
.....  
.....

**Występujące w rodzinie choroby dziedziczne (dot. linii prostej – rodzice, dziadkowie)**

- nadwaga, otyłość , cukrzyca , alergie
- inne (jakie)

**Podpis** .....      **ciąg dalszy na odwrocie** >>>>>>>>>>>>



**Jaki smak dziecko preferuje najbardziej? ( zaznacz który)**

słodki    słony    kwaśny    ostry    gorzki

**Ulubione produkty żywnościowe( najczęściej spożywane) :**

**nie do przyjęcia:**

owoce.....

.....

warzywa.....

.....

mięso.....

.....

nabiał.....

.....

produkty zbożowe.....

.....

strączkowe.....

.....

potrawy.....

.....

ryby.....

.....

**Proszę uszeregować wymienione technologie przyrządzania potraw według częstotliwości stosowania:**

(1- najczęściej ..... 4 – najrzadziej)

.....Gotowanie

.....Smażenie

.....Duszenie

.....Pieczenie

**8. Jakie tłuszcze stosuje rodzic/dziecko do:**

a) smarowania pieczywa

b) pieczenia, smażenia

c) surówek, sałatek

**Inne ważne:**

**oczekiwania dotyczące diety:**

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE PODANE POWYŻEJ DANE SĄ PRZEZE MNIE ZROZUMIAŁE, ZGODNE Z PRAWDĄ I STANEM FAKTYCZNYM. WSZYSTKIE ZMIANY SYTUACJI ZDROWOTNEJ DZIECKA ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ ZGŁOSIC PRZY NAJBLIŻSZEJ OKAZJI.

**V WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE (PRZECHOWYWANIE I WYKORZYSTANIE) DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA (DANE TELEADRESOWE) W TUTEJSZYM GABINECIE.**

**V Jestem świadom, że każda terapia, bez względu na jej charakter, zawiera w sobie znikomy, ale obecny stopień ryzyka i nieprzewidzianych powikłań zdrowotnych. Potwierdzam, że nie otrzymałem/am żadnych obietnic dotyczących efektywności wykonywanej terapii. Jednakże wyrażam zgodę na jej wykonanie w tutejszej placówce.**

**Powyzsza informacja jest dla mnie zrozumiała.**

.....  
**Podpis rodzica/opiekuna**

.....  
**Data**