

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              | 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):

**Podpis** .....      **ciąg dalszy >>>>>>>>>>**

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

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

**Alergie pokarmowe u dziecka ( jeśli występują)**

- czekolada
- mleko
- cytrusy
- gluten
- inne

**całodzienne menu z 2 dni**

<b>Posilek</b>	<b>Godzina posiłku</b>	<b>Opis (jakie potrawy i ile)</b>
I sze śniadanie		
Drugie śniadanie		
Obiad		
Kolacja		
Między posiłkami		
<b>Posilek</b>	<b>Godzina posiłku</b>	<b>Opis (jakie potrawy i ile)</b>
I sze śniadanie		
Drugie śniadanie		
Obiad		
Kolacja		
Między posiłkami		

**ilość wypijanych dziennie płynów: (1 szklanka=~200ml):**

- do 1 litra
- 1-2 litrów
- powyżej 2 litrów

czy sładzi dziecko i ile, czym ?

Jak często jada słodczy, snacki/ przegryzki ( chipsy, batony)?

Jakie rodzaj słodczy / snacków/ przegryzek ?

**rodzaj spożywanyc płynów** :(gazowane – niegazowane; woda oligoceńska – woda z kranu , soki , coca cola itp

**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 MNIĘ ZROZUMIAŁE, ZGODNE Z PRAWDĄ I STANEM FAKTYCZNYM. WSZYSTKIE ZMIANY SYTUACJI ZDROWOTNEJ DZIECKA ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ ZGŁOSIC PRZY NAJBLIŻSZEJ OKAZJI. **WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE (PRZECHOWYWANIE I WYKORZYSTANIE) DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA (DANE TELEADRESOWE) W TUTEJSZYM GABINECIE.**

**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. Powyższa informacja jest dla mnie zrozumiała.**

.....  
**Czytelny podpis rodzica/opiekuna**

.....  
**Miejscowość i Data**

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez „ERBE Agnieszka Haszczyńska” z siedzibą w Warszawie, adres: 02-765 Warszawa al. Wilanowska 95 lok. 44, w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności „ERBE Agnieszka Haszczyńska”.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/am również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez „ERBE Agnieszka Haszczyńska” z siedzibą w Warszawie, adres: 02-765 Warszawa al. Wilanowska 95 lok. 44o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

..... czytelny podpis

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

### **§Podstawa prawna:**

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO\* w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).