

# Ankieta Dietetyczna (dzieci/młodzież)

*Aby jak najlepiej dopasować zalecenia żywieniowe do potrzeb Państwa dziecka, proszę o wypełnienie poniższej ankiety, która zawiera pytania dotyczące sposobu odżywiania. Zebrane informacje pozwolą mi dokładnie przeanalizować nawyki żywieniowe oraz zidentyfikować obszary wymagające ewentualnych zmian. Na tej podstawie opracuję spersonalizowaną dietę, dostosowaną do potrzeb Waszego dziecka i celów zdrowotnych.*

## ❖ Informacje podstawowe:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Masa ciała: .....

Wzrost: .....

Do jakiej placówki uczęszcza (żłobek, przedszkole, szkoła): .....

## ❖ Stan zdrowia

Aktywność fizyczna:

- siedząca
- umiarkowanie aktywna
- fizyczna

Na co dziecko choruje? Jakie dolegliwości odczuwa po jedzeniu?

.....  
.....

## ❖ Zwyczaje żywieniowe

Ile posiłków (i o jakich godzinach) spożywa w ciągu dnia?

.....

O której godzinie spożywa pierwszy posiłek?:.....

O której godzinie spożywa ostatni posiłek?:.....

Jak często Państwa dziecko spożywa wymienione grupy żywności? *Proszę zaznaczyć, wstawiając znak X w odpowiedniej kolumnie*

Rodzaj spożywanych produktów	Częstotliwość spożywanych posiłków					
	Codziennie	5-6 razy w tygodniu	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	Rzadziej	Nie jadam
Produkty zbożowe z mąki pełnoziarnistej (np. razowe pieczywo)						
Produkty zbożowe z mąki oczyszczonej (np. białe pieczywo)						
Mleko i przetwory mleczne						
Jaja						
Czerwone mięso i jego przetwory (np. wołowina, wieprzowina)						
Drób						
Ryby						
Warzywa						
Owoce						
Masło, śmietana						
Inne tłuszcze (np. olej, margaryna)						
Cukier i słodcyce						

Proszę podać produkty, które dziecko szczególnie chętnie spożywa:

.....  
.....

Proszę podać produkty, których dziecko z pewnością nie zje:

.....  
.....

Proszę podać produkty, po których obserwuje Pan/Pani gorsze samopoczucie, świąd skóry, problemy gastryczne u dziecka:

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

Która technika przyrządzania potraw jest stosowana w domu najczęściej:

- Gotowanie
- Smażenie
- Duszenie
- Pieczenie
- Grillowanie
- Gotowanie na parze
- Inna: .....

Czy dziecko do ciepłych napojów (herbata, kompot), ma dodawany cukier?

- Nie
- Tak (*ile?*) .....

Czy dziecko pije w ciągu dnia poniżej wymienione napoje?

Jeżeli tak, proszę podać ilość dziennie?

- Wodę: .....
- Herbatę: .....
- Kawę (*zbożowa/bezkofeinowa/klasyczna*).....
- Soki: .....
- Napoje gazowane (*np. Coca-Cola, itp.*):.....
- Napoje energetyzujące (*np. Red Bull, itp.*):.....
- Napoje izotoniczne (*np. OSHEE itp.*).....

Czy Państwa dziecko przyjmuje leki lub suplementy diety?

- Nie
- Tak (*proszę podać nazwę wszystkich oraz ich dawkowanie*)

.....  
.....

## **Dodatkowe informacje:**

1. Czego oczekuje Pani od wizyty dietetycznej?

.....  
.....

2. Czy dziecko było wcześniej u dietetyka?

.....  
.....

3. Jak wygląda zaplecze kuchenne w Państwa domu (czy posiadają Państwo: parowar, patelnie beztłuszczowe, Thermomix, AirFryer itp.)?

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

4. Jak wygląda żywienie w placówce, do której uczęszcza Pani dziecko? Jeśli jest taka możliwość, proszę na wizytę przynieść tygodniowy jadłospis (może być zdjęcie).

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

5. Czy dziecko uczestniczy w przygotowywaniu posiłków?

.....  
.....

6. Każda inna informacja, którą chciałby Pan/Pani, abym uwzględniła przy układaniu diety.

.....  
.....

**Dziękujemy za poświęcony czas!**