



Wywiad żywieniowy (dietetyczny)

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Rok urodzenia:.....
3. O której godzinie dziecko kładzie się spać ?
4. O której godzinie dziecko rano wstaje ?
5. Czy Państwa dziecko uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole?
(jeżeli nie, proszę podać przyczynę zwolnienia)
.....
.....
6. Czy Państwa dziecko poza obowiązującymi godzinami lekcji wychowania fizycznego uprawia sport ? Jeżeli tak, proszę podać ile razy w tygodniu, po ile minut.
.....
.....
.....
.....
.....
7. Czy Państwa dziecko choruje na cukrzycę, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, choroby układu krążenia, celiakię, inne choroby ?
.....
.....
8. Czy Państwa dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek składniki pokarmowe lub inne ? Jeżeli tak, proszę je wymienić.
.....
.....
.....
.....
.....
9. Proszę wymienić składniki żywieniowe z poszczególnych grup, które Państwa dziecko lubi i spożywa:
- warzywa:.....
.....

- owoce:
- mięso:
- nabiał:
- owoce/warzywa suszone:
- rośliny strączkowe np. groch, fasola:.....
- napoje:

10. Proszę wymienić składniki żywieniowe z poszczególnych grup, których Państwa dziecko nie lubi i nie spożywa:

- warzywa:.....
- owoce:
- mięso:
- nabiał:
- owoce/warzywa suszone:
- rośliny strączkowe np. groch, fasola:.....
- napoje:

11. Jak Państwa dziecko spożywa słodczy i w jakiej ilości ?

Dziennie:.....

Tygodniowo:.....

12. Jak często Państwa dziecko spożywa smażone potrawy?

.....

13. Jakiego tłuszczu używają Państwo do smażenia potraw ?(oliwa z oliwek, olej z pierwszego tłoczenia, margaryna, masło, smalec)

.....
.....

14. Ile razy w ciągu dnia lub tygodnia Państwa dziecko spożywa warzywa?

.....
.....

15. Ile razy w ciągu dnia lub tygodnia Państwa dziecko spożywa owoce?

.....
.....

16. Ile razy w tygodniu Państwa dziecko spożywa ryby?

.....
.....

17. Które z wymienionych produktów zawierających węglowodany Państwa dziecko spożywa ? Proszę wpisać ile razy spożywa je w ciągu tygodnia.

- pieczywo:.....

- kasze:

- makarony, kluski, pierogi itp.:.....

- słodycze, ciasta, miód, cukier:.....

18. Jakie płyny Państwa dziecko pije w ciągu dnia? Proszę je wymienić i podać orientacyjną ilość (np. 0,5 litra mleka).

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

19. Jakie techniki kulinarne stosują Państwo w domowej kuchni (zaprawianie zup, sosów, gotowanie, smażenie, pieczenie, grillowanie, duszenie, inne-jakie) ?:

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

20. Z jakich produktów spożywczych Państwa dziecko nie jest w stanie zrezygnować?

.....
.....

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

21. Kiedy w ciągu dnia Państwa dziecko spożywa najwięcej posiłków (rano, w południe, popołudniu, wieczorem, przed snem):

.....
.....

22. Czy wśród najbliższych członków Państwa rodziny występuje problem nadwagi i otyłości? Jeśli tak, u kogo z rodziny ?

.....
.....

23. Czy w Państwa rodzinie ktokolwiek choruje na cukrzycę ? Jeśli tak, proszę podać stopień pokrewieństwa oraz wymienić sposób leczenia (insulina, tabletki).

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

Wrocław miasto spotkań

Program finansowany z budżetu Miasta Wrocławia

Program realizowany przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ