

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο:

Τηλέφωνο

Email

Ηλικία:..... Ημερ. Γέννησης.....

Υψος: Βάρος Επιθυμητό βάρος Σύνηθες βάρος

Περιφέρεια Μέσης (ύψος ομφαλού):

Περιφέρεια Γλουτών (στο πιο φαρδύ σημείο των γλουτών)

Περιφέρεια Βραχίονα: (στο μέσο του βραχίονα)

Ιατρικό Ιστορικό

Πάσχετε από μία ή περισσότερες από τις παρακάτω ασθένειες:

Διαβήτης: Καρδιαγγειακή νόσο:

Υπέρταση: Πνευμονοπάθεια:

Νεφρική Νόσο: Ηπατοπάθεια:

Αθηροσκλήρωση: Καρκίνο:

Μειωμένη όρεξη: Δυσκολία στη μάσηση και κατάποση:

Διάρροια: Πυρετό:

Ναυτία: Εμετό:

Δυσπεψία:

Δυσκοιλιότητα:

Ευερέθιστο έντερο

Οστεοπόρωση:

Διατροφικές αλλεργίες εάν ναι σε τι είσαστε αλλεργικοί

.....
.....

Άλλα

.....
.....

Γράψετε αναλυτικά τα αποτελέσματα των ιατρικών σας εξετάσεων

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

Συμπληρώνεται μόνο από γυναίκες:

Είστε έγκυος; Πόσο μηνών;

Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος;

Πότε γεννήσατε το τελευταίο σας παιδί;

Ο τοκετός ήταν φυσιολογικός;

Πόσα κιλά πήρατε στην/στις εγκυμοσύνες

Θηλάζετε; Ο θηλασμός είναι αποκλειστικός ;

Το βρέφος έχει κολικούς

Βρίσκεστε στην Κλιμακτήριο / εμμηνόπαυση;

Εάν ναι τι συμπτώματα έχετε;

.....

Έχετε σταθερό κύκλο Αν όχι αναφέρετε τι συμβαίνει

.....
.....

Ιστορικό φαρμάκων

Όνομα φαρμάκου

.....

.....

Λόγος που το λαμβάνετε

.....

.....

Δόση

Συχνότητα.....

Διάρκεια

Έχετε παρατηρήσει τυχόν παρενέργειες από τη λήψη των πιο πάνω φαρμάκων;

.....

Αν ναι ποιες είναι αυτές;

Λαμβάνετε βιταμίνες ή οποιοδήποτε είδος συμπληρώματος;

Εάν ναι τι είδους συμπλήρωμα λαμβάνετε:)

.....

.....

Πόσο συχνά:

Για ποιο λόγο:

Διαιτολογικό ιστορικό:

Έχετε πρόσφατα κερδίσει πάνω από 5 κιλά: Ναι/όχι. Αν ναι εξηγήστε κάτω από ποιες συνθήκες έγινε αυτό (συμπεριλαμβανομένου κάποιας ασθένειας, διαιτητικών αλλαγών, το χρονικό διάστημα που πήρατε τα κιλά):

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

Έχετε σκαμπανεβάσματα στο βάρος σας; Εάν ναι εξηγήστε

.....
.....

Πόσα γεύματα λαμβάνετε καθημερινά;

Που τρώτε τα περισσότερα γεύματά σας;

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

Τρώτε ενδιάμεσα γεύματα (snacks);

Πόσα;

Ποια τρόφιμα σας αρέσουν ιδιαίτερα;

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

Υπάρχουν τρόφιμα που δεν καταναλώνετε για κάποιους λόγους;

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

Δυσκολεύεστε να φάτε; Αν, ναι για ποιους λόγους ;

.....
.....

Πως θα μπορούσατε να περιγράψετε το πως νοιώθετε απέναντι στο φαγητό:

.....
.....

Οι διατροφικές σας συνήθειες αλλάζουν όταν είσαστε συναισθηματικά φορτισμένοι;

.....
Αν ναι πως αλλάζουν

Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας σας ακολουθεί κάποια ειδική δίαιτα; Ναι/όχι
Αν ναι ποιος και τι είδους δίαιτα ακολουθεί:

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

Ιστορικό Τρόπου ζωής

Καταναλώνετε αλκοόλ;

Πόσο και με ποια συχνότητα;

Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα;

Είδος φυσικής δραστηριότητας:

Ένταση φυσικής δραστηριότητας:

Διάρκεια φυσικής δραστηριότητας:

Πόσο συχνά;

Καπνίζετε; Πόσα χρόνια:Πόσο:

Υπάρχουν κάποια άλλα γεγονότα που αφορούν στον τρόπο ζωής σας που μπορεί να επηρεάζουν τη διατροφική σας υγεία;

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

Έχετε κάνει προηγουμένως κάποιες προσπάθειες για να αδυνατήσετε; αν ναι πόσα κιλά χάσατε, πόσο τα διατηρήσατε και γιατί διακόψατε ;;

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

Ποιος είναι ο στόχος σας ;

.....

Πόσο σημαντικός ο στόχος σας για εσάς (βαθμολογείστε από το 1-10)

.....

Πόσο έτοιμοι είστε να αρχίσετε και να διατηρήσετε ένα πρόγραμμα διατροφής αλλά και να διαφοροποιήσετε προς το καλύτερο τον τρόπο ζωής σας προκειμένου να φτάσετε στο στόχο σας; (βαθμολογείστε από το 1 – 10 τον εαυτό σας).



ΚΡΗΝΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Κλινικός Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Msc
Πτυχιούχος Χαροκοπείου Πανεπιστημίου Αθηνών
Βασιλέως Παύλου 10, Βούλα
Τ. 210 89 95 614