PORADNIA DIETETYKI MEDYCZNEJ

WYWIAD MEDYCZNY

Dane Pacjenta
Imię i nazwisko Pacjenta: ……
Data urodzenia: …… **PESEL:** ……
Adres zamieszkania: ……
E – mail: …… **Nr tel.:** ……

Zdiagnozowane choroby:

- ☐ Cukrzyca t. 1,
- ☐ Cukrzyca t. 2,
- ☐ Insulinooporność,
- ☐ Hipoglikemia reaktywna,
- ☐ Nadczynność tarczycy,
- ☐ Ch. Gravesa – Basedowa,
- ☐ Niedoczynność tarczycy,
- ☐ Hashimoto,
- ☐ Zaburzenia lipidowe,
- ☐ Celiakia,
- ☐ Zespół jelita drażliwego,
- ☐ Nieswoiste zapalenia jelit,
- ☐ Ch. uchyłkowa jelit,
- ☐ Ch. refluksowa,
- ☐ Nowotwory,
- ☐ PCOS,
- ☐ Hiperprolaktynemia,
- ☐ Astma,
- ☐ Łuszczyca,
- ☐ Bielactwo,
- ☐ Inne:

……..

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego:

- ☐ Biegunki,
- ☐ Zaparcia,
- ☐ Wzdęcia,
- ☐ Bóle brzucha,
- ☐ Odbijanie,
- ☐ Wymioty,
- ☐ Inne:

……..

Zażywane leki (wraz z dawkami)**:**

……
……
……
……

Zażywane suplementy:

……
……
……
……

Choroby przewlekłe w rodzinie:

……
……

Nagłe zgony w rodzinie:

……
……

Czy cierpi Pani/Pan na alergię pokarmową i/lub wziewną?
(Jeśli tak, to na jakie produkty?)

……
……

Czy cierpi Pani/Pan na nietolerancję pokarmową?
(Jeśli tak, to na jakie produkty?)

……
……

Czy ma Pani/Pan na kłopoty ze snem?
☐ TAK ☐ NIE

Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca?
☐ TAK ☐ NIE

Czy stosuje lub stosowała Pani /Pan diety odchudzające? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to jakie:

……

Z jakim skutkiem?

……

Od kiedy ma Pani/Pan nadwagę/niedowagę?

……

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zauważyła Pani/Pan znaczny **przyrost** masy ciała?

☐ TAK ☐ NIE

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zauważyła Pani/Pan znaczną **utratę** masy ciała?

☐ TAK ☐ NIE

Informacje dodatkowe:

Aktywność fizyczna

Czy posiada Pani/Pan przeciwwskazania do wysiłku fizycznego? ☐ TAK ☐ NIE

Czy uprawia Pani/Pan regularnie aktywność fizyczną? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak:

Ile razy w tygodniu? ……

Rodzaj i czas trwania aktywności: ……

……

……

Zażywane suplementy/odżywki: ……

……

……

Materiały sporządzane w celach terapeutycznych, w tym jadłospisy otrzymane przez Pacjenta są chronione prawem autorskim zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 1994, nr 24, poz 83, tekst jednolity: Dz. U. 2016, poz 666). Kopiowanie, przetwarzanie, rozpowszechnianie materiałów w całości lub w części bez zgody firmy GR-MED Sp. Z o.o. jest zabronione.

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 GR-MED Sp. z o.o. w celu komunikacji korzystania z usług dietetycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, procesu leczenia, jak również informacji o medycznej działalności GR-MED Sp. Z o.o.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość zawnioskowania o jej wycofanie w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez GR-MED Sp. Z o.o., ul Smolna 3c, 81-877 Sopot o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom bez zgody ich właściciela.

Podpis Pacjenta oznacza, iż potwierdza on, że wszystkie dane zawarte w wywiadzie są zgodne z prawda i jego stanem wiedzy na dzień sporządzenia wywiadu oraz, że zapoznał się z powyższymi klauzulami.

Data i podpis Pacjenta:

_____