# Vstupní dotazník

Jméno:

Město:

Telefon:

E-mail:

 **Zdravotní stav a rodinná anamnéza**

Operace a úrazy:

Užívané léky:

Vitaminy a doplňky výživy, které užíváte:

Alergie, včetně alergie na léky a potraviny:

Věk:

Výška:

Váha:

|  |
| --- |
| ***Rodinná anamnéza = dědičné zatížení*** |
| *Týká se nejbližších příbuzných: rodiče, prarodiče, sourozenci* |
| ***Onemocnění:*** | ***U kolika příbuzných se vyskytlo?*** |
| ***0*** | ***1*** | ***2*** | ***Více než 3*** |
| *Obezita* |  |  |  |  |
| *Cukrovka* |  |  |  |  |
| *Srdeční infarkt, nebo jiné závažné formy ICHS* |  |  |  |  |
| *Vysoký krevní tlak* |  |  |  |  |
| *Mozková mrtvice* |  |  |  |  |
| *Rakovina tlustého střeva nebo konečníku* |  |  |  |  |
| *Rakovina prsu* |  |  |  |  |
| *Jiná, nebo blíže neurčená rakovina* |  |  |  |  |
| *Jiné (specifikujte jaké)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Osobní anamnéza = týká se Vás osobně*** |
| ***Trpíte těmito problémy?*** | ***Napište ANO/NE, pokud lze spočítat, tak, kolikrát v měsíci*** |
| ***Číslo kontroly:*** | ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | *Došlo ke zlepšení? (ANO/NE)* |
| *Vstupní* | *Za měsíc* | *Za 3 měs.* | *Za 6 měs.* |
| ***Metabolický syndrom*** | *Obezita* |  |  |  |  |  |
| *Diabetes/ inzulinorezistence* |  |  |  |  |  |
| *Vysoký tlak* |  |  |  |  |  |
| ***Oběhový systém*** | *Vysoký cholesterol* |  |  |  |  |  |
| *Mozková mrtvice* |  |  |  |  |  |
| *Srdeční infarkt* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti na hrudi* |  |  |  |  |  |
| *Křečové žíly* |  |  |  |  |  |
| *Otoky nohou* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti v lýtkách/křeče* |  |  |  |  |  |
| *Mozková mrtvice* |  |  |  |  |  |
| *Srdeční infarkt* |  |  |  |  |  |
| *Jiné srdeční či cévní onemocnění (napište)* |  |  |  |  |  |
| ***Dýchací systém*** | *Astma* |  |  |  |  |  |
| *Časté záněty průdušek* |  |  |  |  |  |
| *Dušnost* |  |  |  |  |  |
| *Častý a silný kašel* |  |  |  |  |  |
| *Kouříte? Kolik/den?* |  |  |  |  |  |
| *Jiné dýchací potíže* *(jaké)* |  |  |  |  |  |
| *Jiné plicní choroby*  |  |  |  |  |  |
| ***Trávicí systém*** | *Zácpa* |  |  |  |  |  |
| *Průjem* |  |  |  |  |  |
| *Celiakie* |  |  |  |  |  |
| *Jiné střevní potíže (jaké)* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti břicha* |  |  |  |  |  |
| *Vředy nebo záněty žaludku* |  |  |  |  |  |
| *Potíže s polykáním* |  |  |  |  |  |
| *Pálení žáhy* |  |  |  |  |  |
| *Onemocnění žlučníku* |  |  |  |  |  |
| *Jaterní choroba* |  |  |  |  |  |
| *Žloutenka (i prodělaná)* |  |  |  |  |  |
| *Zvýšené jaterní testy (důvod)* |  |  |  |  |  |
| *Rakovina (i prodělaná) čeho* |  |  |  |  |  |
| *Jiná choroba trávicího traktu* |  |  |  |  |  |
| ***Vylučovací systém*** | *Ledvinové či močové kameny* |  |  |  |  |  |
| *Krev v moči* |  |  |  |  |  |
| *Cukr v moči* |  |  |  |  |  |
| *Bílkovina v moči* |  |  |  |  |  |
| *Ketolátky v moči* |  |  |  |  |  |
| *Kyselina močová (nemoc dna)* |  |  |  |  |  |
| *Časté infekce ledvin nebo močového měchýře* |  |  |  |  |  |
| *Časté bolestivé močení* |  |  |  |  |  |
| *Jiné onemocnění ledvin či močových cest* |  |  |  |  |  |
| ***Dutina ústní, smyslové orgány*** | *Krvácení dásní* |  |  |  |  |  |
| *Záněty dásní, zubů* |  |  |  |  |  |
| *Problémy se sluchem* |  |  |  |  |  |
| *Časté záněty uší* |  |  |  |  |  |
| *Zvonění/ hučení v uších* |  |  |  |  |  |
| *Problémy se zrakem* |  |  |  |  |  |
| *Záněty očí / alergické reakce* |  |  |  |  |  |
| *Záněty dutin* |  |  |  |  |  |
| *Časté záněty nosohltanu* |  |  |  |  |  |
| *Jiné choroby smyslů či ústní dutiny* |  |  |  |  |  |
| ***Svaly, klouby, kostra*** | *Bolesti, otoky, ztuhlost kloubů* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti zad, ramen, šíje* |  |  |  |  |  |
| *Osteoporóza* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti či nemoci šlach* |  |  |  |  |  |
| *Bolesti či nemoci svalů* |  |  |  |  |  |
| *Jiná onemocnění svalů a kostí* |  |  |  |  |  |
| ***Nervový systém*** | *Epilepsie* |  |  |  |  |  |
| *Záškuby, tiky* |  |  |  |  |  |
| *Migrény* |  |  |  |  |  |
| *Slabost v rukou / nohou* |  |  |  |  |  |
| *Necitlivost / mravenčení končetin* |  |  |  |  |  |
| *Problémy s pamětí či koordinací* |  |  |  |  |  |
| *Omdlévání, závratě* |  |  |  |  |  |
| *Jiná nervová choroba* |  |  |  |  |  |
| ***Kůže*** | *Ekzémy/ vyrážky / psoriáza* |  |  |  |  |  |
| *Záněty kůže* |  |  |  |  |  |
| *Přecitlivělost na slunce* |  |  |  |  |  |
| *Nádory* |  |  |  |  |  |
| *Jiné kožní onemocnění* |  |  |  |  |  |
| ***Reprodukční systém*** | *Muži: Choroby prostaty* |  |  |  |  |  |
| *Bulky na varlatech* |  |  |  |  |  |
| *Jiná reprodukční onemocnění* |  |  |  |  |  |
| *Ženy: Choroby prsů* |  |  |  |  |  |
| *Nález na čípku* |  |  |  |  |  |
| *Nemoci vaječníků* |  |  |  |  |  |
| *Časté záněty a výtoky* |  |  |  |  |  |
| *Bolestivá menstruace* |  |  |  |  |  |
| *Jiná reprodukční onemocnění* |  |  |  |  |  |
| ***Psychika*** | *Nespavost / léky?* |  |  |  |  |  |
| *Spánek – kvalita a délka* |  |  |  |  |  |
| *Stres* |  |  |  |  |  |
| *Léčba depresí a úzkostí* |  |  |  |  |  |
| *Léčba závislostí (jaká)* |  |  |  |  |  |
| *Psychiatrické sledování* |  |  |  |  |  |
| *Jiné psychické nemoci* |  |  |  |  |  |
| ***Ostatní*** | *Únava* |  |  |  |  |  |
| *Lupy* |  |  |  |  |  |
| *Padání vlasů* |  |  |  |  |  |
| *Časté chutě na sladké* |  |  |  |  |  |

**Diagnostika složení těla**

Vyplníte společně s poradcem

|  |
| --- |
| ***Diagnostika klienta = měření pomocí bioimpedance / InBody, měření obvodů centimetrem*** |
| **Jméno:**  | **Výška v cm:** | **Věk:** |
| ***Číslo kontroly:*** | ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***Výsledek:*** |
| *Vstupní* | *Za 2 měs.* | *Za 6 měs.* | *Kontrolní* |
| ***Datum měření:*** |  |  |  |  |
| *Hmotnost* ***v kg*** |  |  |  |  |  |
| *Svaly* ***v kg*** |  |  |  |  |  |
| *Tuk* ***v kg*** |  |  |  |  |  |
| *BMI v* ***kg/m2*** |  |  |  |  |  |
| *Tuk* ***v %*** |  |  |  |  |  |
| *WHR* |  |  |  |  |  |
| *Viscerální tuk* ***v cm2*** |  |  |  |  |  |
| *Voda v těle* ***v kg*** |  |  |  |  |  |
| *BMR* ***v kJ***  |  |  |  |  |  |
| ***Obvody těla v cm (pravá polovina těla)*** |
| *Krk* |  |  |  |  |  |
| *Hrudník*  |  |  |  |  |  |
| *Pas* |  |  |  |  |  |
| *Břicho* |  |  |  |  |  |
| *Boky* |  |  |  |  |  |
| *Paže* |  |  |  |  |  |
| *Stehno* |  |  |  |  |  |
| *Lýtko* |  |  |  |  |  |

**Osobní dotazník - zkušenosti**

**Co Vás přimělo ke změně stravovacích návyků po odborným dohledem výž. poradce?**

**Jaký je Váš osobní cíl? (Čeho byste chtěl/a s dosáhnout?)**

# Nejnižší hmotnost v dospělosti: ve věku:

**Nejvyšší hmotnost v dospělosti (kromě těhotenství):** ve věku:

**Kdy začala Vaše hmotnost stoupat?**

**Co mělo pravděpodobně největší vliv na vzestup Vaší hmotnosti? (podtrhněte)**

Přejídání – Malá pohybová aktivita – Konec aktivního sportování – Těhotenství – Přechod – Nemoc – Úraz – Léky – Hormony – Rodinné nebo pracovní problémy – Vstup do manželství – Změna denního režimu (změna práce apod.) – Postupné zvyšování hmotnosti postupem let

# Předchozí zkušenosti s hubnutím a změnou stravovacích návyků

**Kolikrát jste dodržoval/a redukční režim?**

„oficiálně*“(s nějakou organizací, s lékařem)?*

„neoficiálně“ *(sám/sama, podle časopisu, internetu…)?*

**Kolikrát jste byl/a úspěšný/á?**

**O kolik kilogramů jste zhubl/a?**

**Při jaké dietě?** *( Název nebo KJ/den)*

**Za jak dlouho?**

**Jak dlouho jste si hmotnost udržel/a?**

**Užíval/a jste léky na hubnutí či jiné prostředky na hubnutí?** *Jaké?*

**V porovnání s loňským rokem Vaše váha**

●vzrostla (o kolik?)

●stojí na stejné hodnotě

●klesla (o kolik?)

**Denní režim**

**Jakou vykonáváte práci?**

**Pracovní doba?**

**Pracujete na směny?**

*(Při práci na směny uveďte do přiloženého formuláře všechny varianty.)*

# Kolik hodin v průměru denně spíte?

# V kolik hodin vstáváte?

# V kolik usínáte?

# Kolik hodin týdně se přibližně věnujete domácím pracím?

**Jaké máte koníčky?**

**Kolik hodin týdně se jim věnujete a ve které dny?**

**Do práce jezdíte**: MHD / autem / pešky *(kolik km)*

# Vztah ke sportu*: (baví vás, cvičíte z nutnosti, nedonutíte se,..)*

**Jaké sporty jsou Vám nejbližší?** *(kolektivní, rychlé, vytrvalostní, silové,… vypište)*

**Kterou pohybovou aktivitu upřednostňujete v průběhu redukce své váhy?**

*(např. fitness, aerobic, chůze, kolo, …vypište)*

**Máte nějaké cvičení zakázáno od lékaře?** *(Jaké?)*

**Příprava jídla = co v novém režimu preferujete?**

1. *Nedělá Vám problém nachystat si domácí jídlo na každý den*
2. *Chcete mít možnost jednoduché přípravy a nemáte problém s náhražkami stravy*
3. *Preferujete krabičkovou, tedy předem nachystanou dietu, kde se staráte minimálně*

**Stravovací zvyklosti**

**Míváte pocity hladu?**

*Nikdy / občas / často / stále / hlad ne, ale „chutě“- na co?.................*

**Jaká jsou Vaše oblíbená jídla?**

*Vyjmenujte:*

**Chutná Vám syrová i vařená zelenina a jaká?**

*(pokud ne, napište důvod…)*

**Chutnají Vám luštěniny a jaké?** *(např. čočka, fazole,…)*

**Chutnají Vám ryby a mořské produkty a jaké?**

*(např. spíše tučnější - losos, kapr; méně tučné - štika, pangasius; krevety)*

**Míváte pocity žízně?**

*Nikdy / občas / často / stále*

**Pijete stejnoměrně v průběhu celého dne?**

*(Kdy vypijete nejvíce tekutin?)*

**Které nápoje upřednostňujete? Slazené nebo neslazené?**

(*např*. *voda, soda, minerálka, cola, limonáda, káva, tonic, čaj, pivo…..)*

**Kolik šálků kávy s kofeinem vypijete za den?** *(počítá se i rozpustná)*

**Jaké alkoholické nápoje pijete, jak často a jaké množství*?*** *(víno, lihoviny, jiné)*

**Jakou potravinu či jídlo nemáte rád/a, případně nesnášíte dobře?**

**Máte na nějaké jídlo alergické reakce?** *(Na jaké?)*

**Bez čeho se v novém jídelníčku neobejdete?**

Všechny údaje byly mnou poskytnuty za účelem vyhotovení stravovacího plánu. Nebudou využívány k jiným účelům.

Datum:

Jméno:

Podpis klienta: Podpis poradce:

# Vstupní dotazník

# Vyplnění aktuálního jídelníčku a pohybových aktivit

**Vyplňte svůj týdenní jídelníček a pravidelné pohybové aktivity celého týdne podle pokynů uvedených níže.**

**Děkuji za čas, který sami sobě věnujete.**

**Jídelníček a stravovací návyky**

Vyplňte, prosím, následující formuláře.

Zapisujte si své jídlo ihned po konzumaci, později si již nevzpomenete na podrobnosti.

1. **Druh jídla a pití**: názvy potravin a nápojů pište nejlépe dle etikety na výrobku. Pokud to lze, rozepisujte každou potravinu zvlášť. *(Např. chléb 100 g, sýr Apetito 30 g, šunka 30 g – !!NE chléb se sýrem a šunkou.)*
2. **Množství jídla a pití:** množství potravin i nápojů se snažte určit co nejpřesněji. Doporučujeme zakoupení malé domácí váhy na vážení potravin. Z originál obalů *(např. jogurty, čokolády, sušenky…)* opište gramáž a množství energie na 100 g (čím přesnější budeme mít tyto informace, tím lépe Vám můžeme poradit.)

**Pokud umíte pracovat s kalorickými tabulkami, vyplňujte rovnou do tabulek.**

**Poznamenejte si přihlašovací údaje, které poté poskytnete svému poradci za účelem vyhodnocení Vašeho jídelníčku.**

**https://www.kaloricketabulky.cz/**

**Aplikace je dostupná i pro chytré telefony. Zde můžete využít také funkci skenování čárových kódů konzumovaných potravin.**

|  |
| --- |
| **PONDĚLÍ DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ÚTERÝ DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **STŘEDA DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ČTVRTEK DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **PÁTEK DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SOBOTA DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **NEDĚLE DATUM:** |
| **Čas od-do** | **Druh jídla a pití** | **Množství** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Tělesná aktivita**

Vypište do jednotlivých kolonek druhy pravidelně vykonávaných pohyb. aktivit, cvičení a tréninků *(název + délka: např. chůze svižná 10 min, jóga 60 min, rotoped 20 min)*

|  |
| --- |
| ***Dotazník tělesné aktivity = TA*** |
|  | ***Mírná TA*** *(doba trvání 10-20 minut)* | ***Střední TA*** *(doba trvání 20-30 min do mírn. zapocení)* | ***Vyšší TA*** *(doba trvání nad 30 min, trénink. Jaký?)* |
| **Pondělí** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Úterý** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Středa** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Čtvrtek** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Pátek** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Sobota** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |
| **Neděle** | *dopoledne* |  |  |  |
| *odpoledne* |  |  |  |
| *večer* |  |  |  |