

DİYETLAB

BESLENME EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK MERKEZİ BİLGİ FORMU

Adı Soyadı :.....

Mesleği :.....

Çocuk sayısı :.....

Doğum Tarihi ve Yeri :.....

Cinsiyet: KADIN ERKEK

Adres :.....

Tel :..... e- mail:.....

BOY:

AĞIRLIK:

BEL ÇEVRESİ:

HEDEFLEDİĞİNİZ AĞIRLIK:

KİLO ÖYKUNUZ

1. Bugüne kadar en fazla kaç kilo oldunuz ve size göre nedeni ?
2. Bugüne kadar en az kaç kilo oldunuz ve size göre nedeni ?
3. Diyet ya da zayıflamak için diğer yöntemleri denediniz mi?
1.EVET 2.HAYIR
4. Ne tür yöntem ve diyetler uygulayarak kilo verdiniz?

BESLENME ALIŞKANLIĞI

+ Günde kaç öğün yemek yersiniz ?.....

+ Aralarda atıştırır mısınız, neler ?.....

+ Fast-food türü besinleri ne sıklıkta tüketirsiniz ?.....

+ Gün boyunca içtiğiniz su miktarı :.....

+ Diğer içecekleri tüketim sıklığı ve miktarı

Diyet kola / Kola

Hazır meyve suları

Kahve Çay/ Bitki çaylar

Maden suyu, Soda

Gazoz, meşrubatlar

Bira Şarap Rakı Viski, cin, vb.

+ **Unlu yiyecek ekmek/simit (hamur işleri) tüketim sıklığı ve gün boyu tüketilen ekmek miktarı:**.....

+ Meyve tüketim sıklığı ve miktar:

+Sebze-salata tüketim sıklığı ve miktar:.....

+ **Et grubu yiyecekleri tüketim sıklığı ve bir seferde tükettiğiniz miktar :**

Kırmızı et

Balık

Tavuk

Hindi

Yumurta

Et ürünleri (şarküteri)

Kurubaklagil yemekleri

Sakatatlar

+ **Süt grubu yiyecekleri tüketim sıklığı ve bir seferde tükettiğiniz miktar:**

Süt

Peynir

Yoğurt

Cacık

Ayran

+**Sevdiğiniz, sevmediğiniz ve alerjiniz olan yiyecekler:**

Sevdiğiniz:

Sevmediğiniz:.....

Alerjiniz olan:

Vazgeçemediğiniz yiyecekler:.....

YEMEK HAZIRLAMA VE TÜKETİM ŞEKLİ:

Çalışıyor iseniz iş yerinize yemek götürebilir misiniz?

Hafta içi ve hafta sonu hangi saatlerde yemek yersiniz hangi yemekleri tercih edersiniz?

Hafta içi:

	SAAT	GENELDE TERCİH ETTİKLERİNİZ
KAHVALTI		
ÖĞLE		
AKŞAM		

Hafta sonu:

	SAAT	GENELDE TERCİH ETTİKLERİNİZ
KAHVALTI		
ÖĞLE		
AKŞAM		

KADINLAR İÇİN

Menstrasyonunuz düzenli mi?

Herhangi bir hormon tedavisi oldunuz mu?

Doğum yaptınız mı?

Menapoz durumu.....

Menstrasyon döneminde beslenme alışkanlıklarınızda değişiklikler oluyor mu?

ERKEKLER İÇİN

Hangi durumlar beslenme alışkanlıklarınızda değişikliklere neden oluyor?Belirtiniz...

GENEL BİLGİLER

+ Ailenizde kilolu kişi var mı, kimler ?

+ Herhangi bir hastalığınız var mı / doktor kontrolünde mi ?.

Kalp- damar hastalığı

Hipertansiyon

Mide

Böbrek hastalığı

Diyabet

Guatr

Hormonal sorunlar

Adet düzensizliği

Menapoz belirtileri

+ Yukardaki hastalıkların dışında doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

+Sindirim sistemi probleminiz var mı (kabızlık, ishal, ülser, bulantı, reflü, yutma güçlüğü vb) ?

+Hormonal bir probleminiz var mı?

+Yediğinizde midenize rahatsızlık veren yiyecek ya da içecekler var mı?

+ Herhangi bir operasyon geçirdiniz mi ? (ne/ ne zaman)

+ Kullandığınız ilaçlar ve/veya Vitamin,mineral var mı ?

+ Günlük uyku süreniz :

+ Herhangi bir sporla ilgileniyor musunuz ? Düzenli mi ?

+ Sigara kullanıyor musunuz ? Miktar / sıklık

+Alkol alışkanlığınız varsa neler olduğunu belirtiniz.

Alkol türü:

Miktar:

Ne sıklıkta tüketirsiniz:

BUNLARIN DIŞINDA BELİRTMEK İSTEDİĞİNİZ BİR ŞEY VAR İSE NOT EDİNİZ