

Imię i nazwisko

PESEL

Choroby przewlekłe: nie

tak jeśli tak proszę zaznaczyć jakie

Nadciśnienie tętnicze

Zawał serca

Cukrzyca typu 2

Choroba wieńcowa

Stan przedcukrzycowy

Migotanie przedsionków

Niewydolność serca

Hipercholesterolemia

Stłuszczenie wątroby

Kamica żółciowa

Choroba nowotworowa

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Astma oskrzelowa

Obturacyjny bezdech senny

Dna moczanowa

Przewlekłe niewydolność nerek

Niedoczynność tarczycy

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba refluksowa

Choroba wrzodowa

Zespół depresyjny

Inne:.....

Przebyte operacje:

Wyrostek robaczkowy

przepuklina

Pęcherzyk żółciowy

operacje ginekologiczne

Inne:

Przyjmowane leki:

| Lp. | Nazwa leku | dawka | Dawkowanie | | |
|-----|------------|-------|------------|----------|---------|
| | | | rano | południe | wieczór |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

Alergie : nie tak *jeśli tak proszę wymienić jakie?*

Używki:

Alkohol:

Palenie tytoniu: (obecnie lub w przeszłości): nie tak

Jeśli tak, proszę podać ile sztuk dziennie, przez ile lat

Wywiad rodzinny:

Zawały

Udary

nowotwory *(jeśli tak, proszę wymienić jakie i u kogo)*

Choroby tarczycy

Choroba otyłościowa

Cukrzyca

Wywiad ginekologiczny:

Pierwsza miesiączka:

Ostatnia miesiączka:

Ciąże: porody poronienia

Cukrzyca ciążowa: tak nie

Nadciśnienie tętnicze w ciąży: tak nie

Kiedy po raz pierwszy doszło do istotnego przyrostu masy ciała?

W okresie dzieciństwa

W okresie dojrzewania

Po ciąży

Po przejściu na emeryturę

Inne

Określ:

Najwyższą masę ciała w dorosłym życiu (kg):

Kiedy:

Najniższą masę ciała w dorosłym życiu (kg):

Kiedy:

Czy dotychczas podejmowałeś/aś próby leczenia nadwagi lub otyłości?

Tak

Nie

Jeżeli tak, określ na czym one polegały:

Samodzielne zastosowanie diety

Zmniejszenie ilości jedzenia i zwiększenie ilości ruchu

Wizyta u dietetyka i stosowanie przygotowanej przez niego diety

Stosowanie suplementów diety

Leczenie pod kierunkiem lekarza z zastosowaniem leków

Inne

Uzyskane efekty leczenia (kg)

Czas utrzymania obniżonej masy ciała:

]Liczba posiłków zjadanych „przy stole”:

Czy dojadasz między posiłkami:

Tak

Nie

Jeżeli tak, jak często?

Co?

W jakich okolicznościach (np. stres, nuda, smutek itp.)?

Określ porę dnia z największym nasileniem uczucia głodu:

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały epizody nadmiernego objadania się (zjedanie większej liczby posiłków, niż miałyoby to miejsce normalnie w określonym czasie)?

Tak

Nie

Jeżeli tak, to:

Czy czujesz się zaniepokojony epizodami objadania się?

Tak

Nie

Czy podczas epizodów objadania się występowało uczucie utraty kontroli?

Tak

Nie

Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się jadłeś dalej pomimo, że nie czułeś się głodny?

Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się, czułeś się zawstydzony tym, ile zjadłeś?

Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się czułeś się zdegustowany sobą lub winny później?

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy prowokowałeś wymioty w celu kontroli masy ciała?

Tak

Nie

Jak oceniasz swoją aktywność fizyczną?

Mała

Średnia

Duża

Proszę określić rodzaj aktywności fizycznej:

Czas trwania:

Jaką redukcję masy ciała chcesz uzyskać (w kg)

W jakim czasie?

Co zmotywowało Cię do podjęcia leczenia nadwagi i otyłości?

- Poprawa stanu zdrowia
- Poprawa snu
- Poprawa samopoczucia
- Poprawa wyglądu
- Poprawa wyglądu z powodu nadchodzącej okazji (np. ślub, wakacje, spotkanie towarzyskie)
- Inne