##



Κων/νου Υδραίου 75, 2ος, **🕽** **2241 0 76830 / 6977660742**

Email: matina.poulli@gmail.com

**Καρτέλα πελάτη**

Ημερομηνία: xx/xx/xxxx

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: | Ημερομηνία γέννησης |
| Για ποιο λόγο είστε εδώ; |
| Ποιος είναι ο στόχος σας; |

**Συνθήκες διαβίωσης**

|  |  |
| --- | --- |
| Απασχόληση: | ταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε Ωράριο Εργασίας: |
| Οικογενειακή κατάσταση: |



**Ιατρικό Ιστορικό**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Προβλήματα υγείας** | **Έτος διάγνωσης** | **Σχετικές εργαστηριακές τιμές** | **Αγωγή** | **Σχόλια** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Χειρουργική επέμβαση | ταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε |
| Κληρονομικότητα για κάποια πάθηση |
| Καπνίζετε; |



**Φαρμακευτική Αγωγή**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Άλλα φάρμακα –Συμπληρώματα** | **Τύπος σκευσματος﷽﷽﷽﷽ργαστηριακκέάσματος****(π.χ. χάπι/σιρόπι)** | **Σχετικές εργαστηριακές τιμές** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



**Διατροφή**



**Ανάκληση 24ώρου**

Ημέρα: xx/xx/xxxx

|  |  |
| --- | --- |
| Πρωινό |  |
| Δεκατιανό |  |
| Μεσημεριανό |  |
| Απογευματινό |  |
| Βραδινό |  |
| Προ ύπνου |  |

**Ήταν μια τυπική – αντιπροσωπευτική ημέρα;** **Ναι** **Όχι**



**Γενικές Διατροφικές Συνήθειες**

|  |  |
| --- | --- |
| **Πόσα γεύματα κάνετε συνήθως;**Σε μία μέρα και ποια είναι αυτά; | ταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε |
| **Καταναλώνετε πρωινό;**Και εάν ναι πόσες ημέρες/εβδομάδα; |
| **Το πρωινό σας τι περιλαμβάνει συνήθως;**(π.χ. γάλα με δημητριακά ολικής άλεσης και ένα φρούτο) |
| **Τόπος κατανάλωσης:**(π.χ. σπίτι/ εργασία) |
| **Τυχαίνει να μείνετε αρκετές ώρες νηστικός/ή;**Και εάν ναι, πόσο συχνά; |
| **Ποιος ετοιμάζει τα γεύματα στο σπίτι;**(π.χ. εσείς, η/ο σύζυγος, η μητέρα κ.α.) |
| **Πώς είναι συνήθως μαγειρεμένο το φαγητό;**(π.χ. τηγανητό, ψητό, φούρνου) |
| **Χρησιμοποιείτε μεγάλη ποσότητα ελαιόλαδου;**Το υπολογίζετε με κ. γλυκού ή με φλιτζάνι; |
| **Ποιος κάνει τα ψώνια στο σπίτι;**Διαβάζετε τις ετικέτες τροφίμων και εάν ναι, τι προσέχετε; |

**Ημερολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων** FFQ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **>3 φ/ ημέρα** | **1-2 φ/ ημέρα** | **3-5 φ/ εβδ.** | **1-2 φ/ εβδ.** | **2-3 φ/ μήνα** | **Σπάνια ή ποτέ** | **Σχόλια** |
| **Γαλακ/μικά** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Τυρί** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Αυγό** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Φρούτα** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Λαχανικά** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Δημητριακά\*** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ζυμαρικά\*** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ψωμί\*** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Όσπρια** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Λαδερά** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Κρέας Κόκκινο** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Κρέας λευκό** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ψάρι** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Θαλασσινά** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ξηροί καρποί** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Γλυκά** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Delivery** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| \*Επιλέγετε τροφές ολικής άλεσης;Δημητριακά πρωινού, ζυμαρικά, ρύζι |
| Πόσο συχνά καταναλώνετε τηγανιτά τρόφιμα; |
| Δυσανεξίες/ Αλλεργίες/ Αποστροφές |
| Προτιμήσεις |



**Πρόσληψη Υγρών**

Σημειώνετε τη συχνότητα και ποσότητα κατανάλωσης

|  |  |
| --- | --- |
| **Νερό** |  |
| **Καφεϊνούχα ροφήματα**(καφές, τσάι, σοκολάτα) |  |
| **Άλλα αφεψήματα** |  |
| **Χυμοί** |  |
| **Αναψυκτικά** |  |
| **Αλκοολούχα ποτά** |  |

|  |
| --- |
| Ζάχαρη προσθέτετε κάπου; |
| Το αλάτι σας πως είναι; |

**Φυσική δραστηριότητα**

Εργασία (ώρες/βάρδιες):

|  |
| --- |
| Αερόβια άσκησηταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε |
| Αναερόβια άσκηση |



**Ανθρωπομετρικά στοιχεία**

|  |  |
| --- | --- |
| Ύψος: | Περίμετρος μέσης: |
| Παρόν ΣΒ: | Περιφέρεια: |



**Ιστορικό βάρους**

|  |
| --- |
| Μιλήστε μας για το βάρος τα τελευταία χρόνια: |
| Παρόν ΣΒ: | Μέγιστο ΣΒ: | Σχι﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽ Ο κξκξκξκξκξκξκύνηθες ΣB: |

**Προηγούμενες προσπάθειες**

Έχετε κάνει προσπάθεια για απώλεια ΣΒ στο παρελθόν; **Ναι** **Όχι**

|  |
| --- |
| Πότε;ταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε |
| Με ποιο τρόπο; |
| Πόσες φορές περίπου; |
| Με τι αποτελέσματα; |



**Για ποιους λόγους θέλετε να χάσετε βάρος;**

|  |
| --- |
| 1.ταση:﷽﷽﷽﷽κ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και πάάνας. Η πε |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

**Από το 1-10 πόσο έτοιμος/η νιώθετε να κάνετε αλλαγές στην καθημερινότητά ας με σκοπό να χάσετε βάρος;**

Τρέχον βάρος:

«Ονειρεμένο» βάρος:

Πραγματικό – ρεαλιστικό βάρος:

**Σχέση με το φαγητό**

Πώς αιτιολογείτε εσείς το υπερβάλλων βάρος;

|  |
| --- |
|  |

Όταν νιώθετε στεναχωρημένος/ θυμωμένος, ποια είναι η αντίδρασή σας σε σχέση με το φαγητό;

|  |
| --- |
| *Ποια κατάσταση σας οδηγεί σε υπερκατανάλωση φαγητού; Τρώτε από βαρεμάρα; Τσιμπολογάτε όταν είστε στο σπίτι;**Θα μπορούσατε να πείτε ότι είστε λαίμαργος/ λαίμαργη;* |



**Παρακολούθηση**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία** | **Βάρος** | **%λίπος** | **ΔΜΣ** | **ΠΜ** | **ΠΓ** | **Σημεία εστίασης/προβληματισμού** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |