**Uzm. Dyt. Sevinç SEVİNÇER**

**SAĞLIKLI BESLENME VE DİYET MERKEZİ**

**ONLİNE DİYET 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**

1. **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** |