***DYT. KÜBRA YAZICI ONLİNE BESLENME VE DİYET DANIŞMANLIĞI***

***BESLENME VE DİYET DEĞERLENDİRME FORMU* Tarih:**

|  |
| --- |
| ***KİŞİSEL BİLGİLER:***  Ad- Soyad : Medeni Durum :  Cinsiyet : Meslek :  Yaş : E-Posta :  Kilo : Cep No :  Boy : Şehir/Ülke : |

|  |
| --- |
| **TANISI KONULMUŞ HASTALIĞINIZ: BİRİNCİ DERECE AKRABANIZDA KRONİK HASTALIK:**  Yok Yok  Var ……………………………………………………. Var ………………………...………………………..  **DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ(LAR):**  Yok   Var …………………………………………………….. |
| **GEÇİRDİĞİNİZ İŞLEM/AMELİYAT BESİN ALERJİSİ(LERİ):**  Yok Yok  Var ………………………………………………….. Var ………………………………………………………  **İDRAR SÖKTÜRÜCÜ/LAKSATİF/ZAYIFLAMA İLACI/KUSMA ÖYKÜSÜ:**  Yok  Var ………………………………………………..  **GÜNLÜK UYKU DÜZENİNİZ: REGL DÜZENİNİZ:**  Y Yok Yok  Var ……………………………………………….. Var ……………………………………………………………….  ***SİNDİRİM SİSTEMİ:***  **DÜZENLİ TUVALET ALIŞKANLIĞINIZ :**  Yok  Var …………………………………………..  **SİNDİRİM SİSTEMİ PROBLEMİNİZ : (KABIZLIK, İSHAL, ÜLSER, REFLÜ, BULANTI, YUTMA GÜÇLÜĞÜ**  Yok  Var ……………………………………………  **YEDİĞİNİZDE MİDENİZE RAHATSIZLIK VEREN BİR YİYECEK VEYA İÇECEK VAR MI?**    Yok  Var …………………………………………… |
| ***ALIŞKANLIKLARINIZ:***  Öğün Düzeni : Yok Var …………………………………  Atlanan Öğün : Yok Var ……………………………….  Ara Öğün Alışkanlığı : Yok Var ..………………………………  Atıştırma Alışkanlığı: Yok Var …………………………………  Vazgeçilmez Besin : Yok Var …………………………………  Tüketmediğiniz Besin: Yok Var …………………………………  Dışarıda Yemek Yeme Alışkanlığı : Yok Var …………………………………  Hızlı Yemek Yeme Alışankanlığı : Yok Var …………………………………  Gece Yemek Yeme Alışkanlığı : Yok Var …………………………………  Psikolojik Durumunuz Beslenmeyi Etkiler Mi? Hayır Evet ……………………………….. |

|  |
| --- |
| ***GÜNLÜK TÜKETİM MİKTARINIZ:***  Su : ………………………………………………………………………..  Çay / Kahve : ………………………………………………………………………...  Maden Suyu : ………………………………………………………………………….  Asitli İçecekler : …………………………………………………………………………  Şeker : …………………………………………………………………………  Tatlandırıcı: …………………………………………………………………………  Sigara : …………………………………………………………………………  Alkol : ……………………………………………………………………….. |
| ***KİLO ALMA/VERME ÖYKÜNÜZ:***  Ne Zaman Kilo Almaya/Vermeye Başladınız? ……………………………………………………  Şu Ana Kadar Görülen En Yüksek / En Düşük Kilonuz? …………………………………………………..  Kilo Alma / Verme Sebebiniz Sizce Nedir? …………………………………………….......  Daha Önce Uygulanan Diyet Programı / Süresi / Sonuç ? …………………………………………………..  Geri Alındıysa / Verildiyse Kaç Kilo ? ..…………………………………………………  Hedeflediğiniz kilo nedir? ..………………………………………………… | |
| ***FİZİKSEL AKTİVİTE ÖYKÜNÜZ:***  Düzenli Olarak Yaptığınız Bir Fiziksel Aktivite Var Mı? Sıklığı Nedir?  Yok  Var ………………………………………………………………..  Fiziksel Aktivite Yapmaya Engel Bir Sağlık Sorununuz Var mı ?  Yok  Var ……………………………………………………………….. | |

***\*Dün Gün Boyu Beslenmenizin Öğün Saatleri / İçeriği / Porsiyon Miktarları Olmak Üzere Yazar Mısınız?***

Kahvaltı: ( ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ara Öğün: ( ) ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Öğle Yemeği: ( ) ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ara Öğün: ( ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Akşam Yemeği: ( ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ara Öğün: ( ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

***BUNLARIN DIŞINDA BİLMEMİ İSTEDİĞİNİZ BİR ŞEY VAR İSE NOT EDİNİZ* ☺**