***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* ☺**